

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

ANUL XXVII

ENDOCRINOLOGIE-GINECOLOGIE-OBSTETRICĂ

ANUL X

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. M. A. Botez, Prof. Dr. V. Baroni,
Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu,
Prof. Dr. C. Crișan, Prof. Dr. L. Daniello, Prof. Dr. I. Goia, Prof.
Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. J. Guiart, Prof. Dr. I. Hângănuț, Prof. Dr.
I. Hațieganu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, Prof. Dr.
D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V.
Papilian, Prof. Dr. A. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popo-
viciu, Prof. Dr. Tr. Popovici, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I.
Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Te-
posu, Prof. Dr. C. Urechia, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Prof. Dr. I. GAVRILĂ

♦♦

REDACȚIA ȘI
ADMINISTRAȚIA:

♦♦

CLUJ

STR. BABEȘ 10

SUMARUL:

Reîntoarere acasă Pag. 1

Probleme de organizare

Prof. Dr. M. Kernbach: Reforma învățământului me-
dical 2

Articole științifice

Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. M. Poplucă: Hipertrofia
de prostată 6

I. Hațieganu și O. Fodor: Toxi-infecție alimentară în
masă cu tabloul clinic al poliradiculitei 14

Prof. Dr. Titu Vasiliu și Dr. V. Dahnovici: Mieloză
aleucemică megacariocitară 19

I. Hațieganu și A. Faur: Contribuții la tabloul clinic
al Dermatomiozitei 22

I. Hațieganu și A. Faur: Considerații asupra unui
caz de pubertate precoce cu nanism și obezitate 25

Conf. Dr. Victor Preda și Dante Sedan: Cercetări a-
supra determinării citoplasmice a sexului 28

Dr. M. Sulică: Acțiunea piramidonului în anafilaxia
experimentală a cobaiului 29

Intern Gregoriu Gherman: Turburările diskinetice
ale căilor biliare extrahepatice 32

Dr. Toporaș M.: Accidentele de război din punct de
vedere chirurgical și social 36

Med. Lt.-Col. Dr. R. Bratu și Dr. L. V. Hica: Con-
tribuțiuni la studiul anevrismelor arterio-venoase
traumatice 37

Dr. I. Mureșan: Despre chirurgia abdominală în cam-
panie 45

Dr. Ioachim Stupariu și Dr. Virgil S. Motoc: Nanism
achondroplazic și graviditate la termen 52

Dr. V. Mărgineanu și C. Negoită: Un caz de inver-
siune uterină prin fibrom cu gangrenă 55

Dr. Ioan Pugnă: Viteza de sedimentare a hematiilor
în inflamațiunile ginecologice mai frecvente 56

Dr. Bratu I. și Georgescu: Epididimitele blenoragice 58

Dr. Ion Basarab: Un caz de autopsie în mediul rural 60
Dr. Iosif Ghizdavu și Dr. Ovidiu Goia: Maladia lui
Ayerza, în legătură cu un caz 61

Probleme terapeutice

Dr. Emil Colbazi, Dr. Emil I. Bologa și Dr. Vincen-
țiu Dâmboiu: Considerațiuni asupra tratamen-
tului cu „Reticulina M” în Dermatologie 63

Dr. Dragomir Teofil și Dr. Duma Desideriu: Sin-
drom miastenic vindecat spontan în cursul unei
sarcini, recidivă imediat după naștere 76

Dr. Constantin Lăpădatu și Dr. Cornel Fogas: Ce-
falele post-rachianestezice și tratamentul lor cu
vitamina B¹ 78

Dr. Nicolae Belu și Dr. Haralamb-Columb: Consi-
derațiuni asupra hemostazei spontane în legă-
tură cu un caz de amputație traumatică a bra-
țului 82

Dr. Ioan Sbârcea: Interpoziția vezico-vaginală Wert-
heim-Schauta în prolapsul genital 84

Comemorări

Prof. Dr. M. Hângănuț: Wilhelm Conrad Röntgen
(1845—1923) 85

Referate

Dr. Liviu Comes: Proprietățile Penicilinei și utiliza-
rea ei în terapeutică 90

Medicina populară

Dr. Nicolae Cotoi: Medicina Populară în jud. Arad 94

Societăți Medicale

Societatea Științelor Medicale Cluj 95

Reuniunea Anatomie 102

Societatea Științifică a Colegiului Med. Bacău 103

Revista Cărților 106

Note și Informațiuni 107

Dr. V. Vasilescu: Reorganizarea Asociațiunilor profe-
sionale medicale 108

1990
2011
In reumatisme, nevralgii, nefrite,
calculi renali, artrite

SALITINOL

FIOLE

**Soluție stabilă și complet indoloră
de:**

Fenilchinolincarboxat de sodiu 0,50 gr.
Salicilat de Sodiu 0,50 gr.
Anestezin 0,03

Injecțiuni intramusculare și intravenoase



SALITINOL

GRANULE

**Lithium salicilic - Piperazină
Lithium Benzoic
Hexametilentetramina**



SALITINOL

POMADĂ

**Metoxyl Anestezină Acid Salicilic
Lanolină**



Produse Farmaceutice „GALENO“

Reprezentanța pentru România

„FARMACOPEIA“, București, Tel. 5.58.35, Reg. Com. 263/937

ARDEALUL MEDICAL

C L U J U L M E D I C A L

ANUL XXVII

ENDOCRINOLOGIE-GINECOLOGIE-OBSTETRICĂ

ANUL X

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

Reîntoarcere acasă

În sfârșit după un refugiu de 5 ani în cetatea Sibiului, revista noastră a revenit acasă la Cluj. Revista își reia apariția aici, întreruptă în 1940 de un dictat odios, nedrept și absurd, pe care lumea civilizată niciodată nu l-a recunoscut.

Acești cinci ani, n'au însemnat un timp de inactivitate pentru revistă, ci din contră au reprezentat cinci ani de muncă intensă în slujba științei și adevărului. La Sibiu în toamna anului 1940 revista imediat a fost reorganizată și și-a continuat activitatea în mod regulat. În tot acest timp de pribegie scopul nostru a fost ca să apărăm cu o regularitate matematică, la începutul fiecărei luni, cel puțin în aceleași condițiuni, ca și până în 1940, publicând un material științific cât mai bogat, mai variat și de actualitate. Credem că am reușit în această năzuință, pentru că cu toate timpurile grele prin care am trecut și trecem, apariția revistei a fost totdeauna asigurată la timp. Am reușit în această muncă a noastră datorită sprijinului primit dela întreg corpul medical, atât a colaboratorilor noștri prețioși, cât și a abonaților. Tuturor le exprimăm mulțumirile noastre astăzi, când ne-am reîntors la căminul nostru.

Ne-au ajutat mult în străduința noastră conducerea Universității noastre, precum și Ministerul Sănătății, cărora deasemenea le exprimăm mulțumirile noastre.

Începând cu acest număr revista se tipărește din nou la Cluj, unde a apărut timp de 20 ani, dela înființarea ei în 1920 până în 1940, sub numele de „Clujul Medical”.

La Sibiu activitatea noastră din diferite Societăți medicale s'a unificat în sensul că Societățile pe specialități s'au contopit în cadrele vechii Societăți a Științelor Medicale. Tot așa s'a convenit ca revistele medicale apărute la Cluj și Sibiu să se unească într'una singură, sub numele de „Ardealul Medical”, cu subtitlurile de: Clujul Medical—Sibiul Medical—Endocrinologie, Ginecologie, Obstetrică.

Cu reîntoarcerea noastră la Cluj această unire de forțe se mai menține încă în parte, pentru că cu începutul anului 1946 numai revista „Sibiul Medical” își reia apariția independentă, pe când celelalte două vechi reviste: „Clujul Medical” și „Endocrinologie, Ginecologie, Obstetrică”, se mențin mai departe contopite și apar în continuare ca „Ardealul Medical”, până când timpuri mai favorabile le vor permite să-și reia fiecare independența.

Vom căuta, ca și în trecut, ca revista să fie expresia cât mai fidelă a activității științifice a Clinicii și Institutelor noastre, primind în acelaș timp cu bucurie și colaborări dela ceilalți medici din țară. Desigur că ne vom strădui, ca revista să fie spre folosul tuturor cititorilor și abonaților noștri, fie ei medici de specialitate, medici practicieni sau medici sanitari.

Cu această ocazie facem un călduros apel către toți să binevoiască a ne da și de aci înainte prețiosul lor concurs contribuind prin aceasta la dezvoltarea și răspândirea literaturii medicale la noi în țară.

Prof. I. Gavrila.

Biblioteca Județeană ASTRA



21006P

21006

Reforma învățământului medical

Reformă cantitativă sau și perfecționare calitativă?

de

Prof. Dr. M. Kernbach

Stăruie, în cercurile noastre medicale, între alte multe probleme actuale și aceea a învățământului nostru medical. Facultatea de Medicină din Cluj, prin delegații ei, a depus un proiect, cea din București un alt proiect, D.Dr. Sergiu Stoicescu, al treilea proiect¹⁾. Deci un material ce poate fi studiat, amplificat sau amputat.

Am arătat tot aci²⁾ motivele ce impun, înaintea oricăror prefaceri în medicină, reforma învățământului, adică o reformă de sus în jos, în sens vertical și cât mai profund. S'au ridicat proteste. Sunt colegi tineri și vârstnici, care pretind că avem un învățământ foarte bun și că ideile reformatorii nu-și au justificarea. Să fim conservatori și să continuăm așa cum au făcut-o atâtea generații înaintea noastră. Sunt apoi alții — și din fericire cei mai mulți — care cred în imperativul reformei. Dar această reformă este privită mai mult, dacă nu exclusiv pe latura ei cantitativă. E vorba să reducem numai numărul orelor de curs, a semestrelor și să dăm o altă distribuție a materialului prevăzut azi în programele facultăților. Mai există și o altă minoritate, care pune accentul deosebit al reformei pe calitatea învățământului medical.

Între acestea din urmă se numără profesorii facultății de medicină din Cluj ce-au depus proiectul de mai bine de 6 luni, autorităților chemate a se pronunța.

Mai întâi este bine să fixăm problema de bază: ce s'a schimbat în medicină în ultimele 2 decenii? E nevoie să se mai schimbe? și ce anume? Aceasta schimbare e efectul unei legi necesare sau al unei întâmplări neprevăzute?

În medicină schimbarea are un dublu aspect: *calitativ și cantitativ*. Medicina modernă a veacului nostru a crescut în precizie, în latura ei științifică, în latura tehnică; s'a îmbogățit datorită tocmai mașinismului și aparatelor tehnico-medice, metodelor noi de exploatare a bolii și de vindecare a ei. S'au extins specialitățile, s'au pulverizat și numărul lor a crescut considerabil. Și desigur vor mai crește.

Dacă aceste ar fi aspectele majore ale cantității, nu sunt mai puțin lipsite de relief și aspectele trans-

formărilor calitative. Medicina, dela începutul veacului al XX-lea și până azi, stă sub vraja gândirii pozitive și a metodelor analitice. Am trăit în plin apogeu cu credință că facem știință pozitivă, condusă de legile fizico-chimice și că dezvoltarea metodelor de laborator vor substitui pe medici în munca lor personală. Depersonalizarea medicinei și a bolnavului au fost una din consecințe. Tot datorită acestei gândiri, la care se adaugă toată gama solidismului și materialismului medical, metoda analitică a mărit numărul datelor și a amănuntelor, neglijându-se întregul și generalul.

Cu toate acestea, este fără îndoială un progres, un mare progres. Gândirea pozitivă și excesul analitic și-au avut menirea lor istorică; este sigur că menirea lor nu s'a încheiat încă și prin ele se va mai obține, foarte probabil, rezultate utile și de aceea lupta contra lor nu este pe deplin justificată azi.

Dar observatorii obiectivi au constatat că în maruntaiele acestor prefaceri și progrese, apar noi idei, noi tendințe de reînnoire. În contra curentului materialist și solidist apare curentul de psihologie și fiziologie medicală. Dogmei celulare, ce-a stăpânit patologia jumătate de veac, i se suprapune doctrina fiziologică, ce începe cu psihismul omenesc și se oprește până la cele mai periferice reacțiuni celulare. Boala dobândește o nouă dimensiune: preanatomică sau preclinică. Tot așa și terapia, și prevențiunea.

În contra curentului analitic se ridică, cu toată promisiunea evoluției spre perfecționare, curentul biologic și sintetic. Medicina vrea să trateze omul întreg, vrea să-l cunoască, vrea să-i stăpânească tot așa de bine mediul intern, cât și cel extern. O nouă gândire tinde să cucerească cercurile medicale: gândirea biologică, unitară. Ea trece dela determinismul fizico-chimic, la cel biologic; dela legile materiei neînsuflețite la legile vieții. Dela celulă, țesut și organ, medicina vrea să cuprindă omul în unitatea sa indisolubilă cu mediul său înconjurător.

În sectorul calitativ mai găsim și o altă preocupare, care e menită să stăpânească și să conducă până la capăt destinele medicinei, în foarte scurt timp. Generația mea a moștenit, cu sfârșitul secolului trecut *medicina curativă*. Alături de ea și de multe ori fațăș contra ei, se înalță tot mai mult edificiul adevă-

¹⁾ Acta medica-romana No. 8—9 1945.

²⁾ Ardealul medical No. 7—8 1945.

ratei medicinei innoitoare, revoluționare: *medicina preventivă*. Cine mai poate tăgădui că această nouă medicină nu se va impune și nu va trona peste veacuri, pe tot cuprinsul planetei?

Asupra acestor prefaceri și tendințe de primenire, am scris mai pe larg³⁾. E un fenomen universal.

Cu obiectivitatea omului de știință, suntem datorii nu numai să înregistrăm fenomenul, ci să-i căutăm interpretarea cea mai apropiată de adevăr.

Tendențele dep. refacere, de reinnoire în medicină sunt izolate, întâmplătoare sau aparțin unui fenomen mai general, se înlanțuiesc cu alte prefaceri?

De acest răspuns, cred că, depinde diversitatea opiniilor în discuție și punctul de plecare al unei înțelegeri generale.

Pe un plan mai vast, știm cu toții că în natură toate se prefac, toate se transformă, evoluează de la simplu la complex, de la bine spre mai bine: un determinism biologic, supus unor legi bine cunoscute în biologie, prefacă când prin evoluție (ereditate), când prin revoluție (mutațiuni) imensa varietate a ființelor, a planetei însăși. În ordinea socială alte legi cârmuitoare a unui determinism social, transformă lent sau brusc, structura societății, urzeala ei cea mai profundă. O clasă nouă socială răstoarnă pe cea veche și neconținut noui clase apar în societatea omenească.

Dar în natură toate sunt înlanțuite. O transformare a unui component, aduce și schimbarea parțială sau totală a celorlalte. Schimbarea politice în Marea Britanie, prin venirea la putere a partidului laburist a atras după sine o lege a asigurărilor sociale generale obligatorii și apoi a socializării generale a profesiei medicale. Dar marea industrie a dus numai la crearea unei noi clase sociale, nu a schimbat toată structura societății, tot felul de a gândi și lucra? N'a avut această transformare nici-o înăurire asupra profesiunilor libere, în special asupra profesiei medicale? Asigurările sociale au fost primul rezultat, după care etatizarea profesiei medicale are sortile unei izbânzi depline, într-o orânduire socialistă. Marea industrie a transformat cabinetele medicale, clinice, spitalele, sanatoriile și chiar felul de a gândi, de a trăi a medicului.

Iată deci, în mod expres rezumat, că prefacerile în medicină aparțin unor legi, unor imperative ce se impun, unor fenomene naturale, biosociale. Nu ne putem opune, nu le putem opri. Datoria noastră este să le vedem, să le cunoaștem, să le înțelegem sensul, spre a le da direcția și a le pune în serviciul umanității. Toate aceste tendințe au aceleași origini ca și forțele naturii ce-au fost cucerite, stăpânite, puse apoi în folosul omului și a colectivității umane.

Așa dar este inutil să mai discutăm la infinit dacă e cazul să facem sau să nu facem reforme. Reforma se impune. Ea bate la porțile noastre și trebuie s'o studiem și s'o aplicăm cu maximum de bine.

O primă concluzie: să pășim la reforma învățământului medical. O cer nevoile țării, o cer tendințele științifice, o cer prefacerile sociale mondiale. Reforma va fi fundată pe trei principii generale:

1. Să corespundă tendințelor generale ale artei și științei medicale moderne, adică să fie la nivelul științific cel mai înalt.

2. Să corespundă nevoilor urgente și permanente ale Țării.

3. Să corespundă prefăcărilor sociale mondiale și naționale.

Primul principiu este legat de ideea de progres, de perfecționare și de transformare a medicinei, de procesul idializării. Dacă medicina modernă se orientează spre fiziologie, biologie, sinteză și prevenție, o reformă făcută în acest moment, trebuie să îmbrățișeze, trebuie să se coloreze prin studiile corespunzătoare. Reforma va fi în primul loc *calitativă*. Se mai poate admite ca să nu încercăm a crea acea gândire biologică a medicului modern? Se mai poate admite ca medicul să nu cunoască biologia generală și biologia umană? Mai putem lăsa pe viitorii medici să trateze numai organe sau boli și nu organismul întreg? Mai putem lăsa ca medicii să gândească numai solidist, să vadă boala numai în în faza ei anatomică și ca ei să nu facă cunoștință cu fiziologia patologică, care le desvăluie prima fază a bolii, faza cea mai ușor de vindecat? Sau se mai poate ca să nu începem chiar de acum — cred că și acum prea târziu — să creem o nouă generație de medici, crescută în disciplină igienei și a medicinei preventive? Mai putem lăsa pe tinerii candidați în medicină să trăiască viața neigienică a școlarității, fără a-i constrânge să crească ei însăși în puterea igienei și a forțelor igienogenetice ale vieții, condusă după preceptele medicinei preventive? Cred că ar fi o mare greșală să mai așteptăm, greșală ce-ar prejudicia și mai greu, destinul biologic al Neamului.

Reforma ar fi inutilă, fără conținut și fără scop. Voiu fi acuzat că complic lucrurile în loc să le simplific. Dar dacă reforma trebuie să fie cantitativă și calitativă, odată cu introducerea de noi materii, să reducem, în același timp, la minimum studiile prea amplificate azi (cum sunt de exp. anatomia, chimia, etc.).

Al doilea principiu a fost dezvoltat în studiul meu anterior și acolo am dat amănunte suficiente (Ardealul Medical Nr. 7—8, 1945).

Al treilea principiu izvoarește din formula fixată de multă vreme de istoriografia medicinei: *acea me-*

³⁾ Destinul medicinei — destinul omului. Sibiu, 1945.

dicina a fost mai bună care a exprimat mai fidel, mai profund, ideile diriguitoare ale epocii, care s'a conformat comandamentelor superioare ale mulțimei. Această concluzie se baza pe faptul că medicina depinde nu numai de factori științifici, ci și de cei politici, sociali și economici. Ea se plămădește din necesitățile spirituale și materiale ale umanității, ale poporului. Corelația și interdependența tuturor factorilor de progres, de luptă și prefacere a societății umane este pe deplin demonstrată. Medicina aparținând acestora nu face nici o excepție: asigurările sociale generalizate pe tot cuprinsul țării ne impun o medicină asigurativă în mediile industriale și orășanești, o medicină rurală în lumea chinuită a ogoarelor, livezilor, pădurilor și grădinărilor.

Cele trei principii stau într-o corelație desăvârșită.

În general reforma se va întemeia pe munca, pe producția omului, ea va fi păstrătoarea capitalului braț și minte, va asigura economia și bonificarea acestui capital.

Trecem dela principii la aplicarea practică.

Dl. Dr. Sergiu Stoicescu are fericita idee de a imagina un învățământ de bază, general — valabil pentru toate specialitățile medicale și apoi o ramificare a învățământului.

Ideea este bună la noi, căci nu putem trece direct la o reformă adâncă, radicală și de aceea încercăm una lentă.

Ce cunoștințe generale trebuie să posede orice medic, din orice domeniu de activitate medicală? Un răspuns complet la aceasta îl vom da mai târziu, când vom încerca să schițez conceptul unei *medicinii teoretice generale*. Golul se simte de multă vreme și faptul a fost adesea semnalat; o teorie a medicinei, o teorie care să fixeze coordonatele de bază ale medicinei practice e la ordinea zilei. Medicina este exclusă azi dela masa științelor, tocmai din această cauză.

Pentru moment, se poate spune, atâta timp cât materia medicinei este *omul*, dela zămislirea lui și până după moarte, în stare de sănătate și de boală, în relațiile lui multiple, cu toți factorii ambianțiali, că orice medic trebuie să cunoască *omul* și *mediul* său. Adică va cunoaște: forma, structura, compoziția și funcțiile corpului omenesc, odată cu legile ce conduc și asigură reproducția, nașterea, evoluția și relațiile peristatice ale acestor fenomene și factori. Cu alte cuvinte va fi obligat să cunoască substanța vie, funcțiile ei, corelația, interdependența acestor funcții între ele, între factorii din mediul fizic, chimic, biologic și social.

Materia vie și funcțiile ce ea le reflectă se află într-o interferență nesfârșită cu factorii peristatici.

Medicina îi cunoaște, studiază problemele adaptabilității, le prescrie regulile ca această adaptabilitate să se facă fără pierderi, fără prejudicii. Aci intervine igiena. *Igiena devine, deci, studiul de bază al culturii medicale generale*, necesară nu numai pentru cel ce o reprezintă și o impune colectivității, asupra cărei el păstorește biologie, ci și asupra sa însăși. Deci, alături de anatomie, fiziologie, istologie, chimie, fizică, este necesar să introducem studiul biologiei și al igienei personale.

Aceste materii nu ar fi suficiente pentru o cultură generală. Pentru cunoașterea omului total, după studiile analitice, se impune și unul sintetic. Aceasta îl reprezintă constituția umană (biotipologie, biologie persoanei). Viitorul medic trebuie să posede noțiunea de întreg, de unitate, de corelațiune interorganică și interfuncțională. Și fiind vorba de unitate, n'ar trebui să lipsească nici cunoștințele de psihologie și sociologie medicală. Noțiuni elementare pentru a lărgi orizontul, pentru a completa ideea unității. Să nu uităm că ideea de bază a învățământului și educației medicale nu mai poate fi reprezentată printr-o memorizare de date, ci prin crearea *personalității medicale*. Nu mai putem conta pe omul înregistrator de amănunte, ce le uită după examen, ci pe omul ce cunoaște, meditează și reflectează.

Dl. Dr. S. Stoicescu mai introduce în materiile anului al III-lea, medicina experimentală, studiu ce ocupă două semestre. Este medicina experimentată o disciplină? De sigur că nu. Toată medicina este experimentală. Ea constituie o metodă, e utilă în deosebi celor ce se dedică explorărilor științifice. Nu mai are nici-o rațiune de a mai fi menținută izolată fără patologia generală. În locul ei se impune o altă disciplină de mare însemnătate: *fiziologia patologică*. În multe facultăți de medicină este reprezentată prin disciplină autonomă. Ea va fi utilă atât pentru cei ce se vor dedica medicinei curative, cât și celor ce se vor specializa în medicina preventivă. În atari condițiuni materiile anului I, II, și III vor fi următoarele:

Anul I

Semestru I	Semestru II
Anatomia descriptivă	Anatomia descriptivă
Biologia	Biologia
Chimia medicală	Chimia biologică
Fizica medicală	Sociologia
Igiena personală	Igiena personală

Anul II

Anatomia topografică	Fiziologia
Fiziologia	Hisologia
Hisologia	Constituția umană
Psihologia medicală	Eredo-patologia

Anul III

Anatomia patologică	Patologia generală și experimentală
Patologia generală și experimentală	Semiologie medicală și fiziologie patologică
Semiologie medicală și fiziologie patologică	Simiologie chirurgicală
Simiologie chirurgicală	Istoria medicinei.
Anatomia patologică	

Ramificarea studiilor se va face având la bază cultura celor 3 ani, expusă mai sus.

Dl Dr. Stoicescu clasifică ramurile medicinei în 4 grupe, introducând 2 termeni noi, care ar putea fi înlocuiți cu termenii obișnuiți. În loc de medicina igienistă se poate foarte bine să spunem medicină preventivă, tot așa cum în loc de medicina generală să vorbim de medicina curativă. În mod mai logic s'ar putea face clasificarea clasică a studiilor medicale care se deosebesc prin scopuri finale foarte precise:

1) Medicina curativă, care se bazează pe dreptul de a vindeca și dreptul de a se îngriji.

2) Medicina preventivă, care se bazează pe dreptul și obligația la sănătate.

3) Medicina legală, care se bazează pe dreptul de apărare.

Medicina preventivă este lipsită, în propunerea d-lui Dr. Stoicescu, de multe materii noi, indispensabile pentru formarea integrală preventivă. Lipsesc: igiena muncii, igiena mintală, eugenia, asigurările sociale, statistica sanitară și demografia. Cred că învățământul medical preventiv nu poate fi lipsit de aceste studii și în special de medicina preventivă muncitorească. Tot asemenea cred că trebuie să acordăm o atenție deosebită nutriției și că creem specialitatea corespunzătoare.

O discuție va trebui făcută și asupra medicinei legale, a cărei scop educativ nu este încă lămurit în învățământul nostru medical. Medicina legală este, fără nici-o îndoială, o specialitate autonomă. Toate țările au specialiști în fiecare județ și municipiu. La noi în țară n'am ajuns la aceasta dezvoltare din cauza disprețului ce-i se aruncă de anumite cercuri, rău informate și datorită căruia s'au improvizat indivizi nepregătiți în posturile de conducere. Soluția cea mai bună ar fi ca medicina legală să devină specialitate și se ușureze munca medicilor preventivi și a celor curativi. Cum acest lucru nu se face și este probabil că nu se va face multă vreme, din motive foarte evidente, medicina-legală va trebui privită sub 2 aspecte: mai întâi ea trebuie exercitată pe teren ca specialitate secundară de către medici cari au educația medicinei publice. Aceștia sunt medici igienisti. În al doilea rând, medicii curativi indeplinesc foarte adesea funcția de experți sau martori sau uneori pot

fi și acuzați de erori medicale, motive pentru care medicii curanți trebuie să cunoască tehnica intelectuală a expertizelor medicale în toate domeniile. Tot așa și regulilor de drept și deontologie medicală. Sub acest aspect ea face parte integrantă din educația oricărui medic practician.

O altă discuție se poate face și în jurul medicinei sociale. Medicina socială a luat ființă într'un timp când materiile ce-o compuneau nu erau suficient de concretizate. Ea cuprinde aproape în totalitate toate ramurile de igienă și medicina preventivă. Este prea vastă și include în ea prea multe discipline autonome. În locul ei se vor introduce disciplinele de bază ale culturii igieniste.

Cu aceste explicațiuni să trecem la repartitia materiilor pe cele două grupe.

MEDICINA PREVENTIVĂ

Anul IV

Microbiologia și inframicrobiologia	Microbiologie și Epidemiologia
Igiena generală	Igiena Generală și nutriția
Igiena și fiziologia muncii	Asigurările Sociale
Igiena mintală	Statistica sanitară și demografică
Clinica bolilor contagioase	Clinica dermato-venerică.

Anul V

Ocrostirea familiei și eugenia	Ocrostirea familiei și eugenia
Sănătatea publică	Sănătatea publică
Clinica fiziologică	Clinica Infantilă și puericultura
Clinica Infantilă și puericultura	Dreptul și deontologia medicală
Medicina-Legală	Clinica obstetricală.

Deci 5 ani de studii la facultate și 1 an de practică pe teren, după un program stabilit de comun acord între facultățile de medicină și Ministerul Sănătății.

Pentru medicii preventivi este foarte bine să se asigure întreținerea completă din partea Statului, așa cum prevede Dl. Dr. Stoicescu prin crearea unui Institut Medico-Sanitar.

Evident că acești medici vor fi obligați a servi Statul și a se închina problemelor de medicină preventivă al întregului popor, pe un număr fix de ani.

În ceea ce privește medicina curativă, remarcăm în programarea D-lui Dr. Stoicescu că reappare din nou igiena și medicina-legală. Atâta timp cât igiena personală a fost programată în materiile anului III, ea poate fi ștearsă din materiile anului V. Medicina legală va trebui înlocuită cu expertizele medicale și deontologia medicală. Celelalte materii au o repartitie justă în afară de Urologie, căreia i s'a dat prea mult două semestre, așa cum s'a dat și clinicelor medicale sau chirurgicale.

Cred că ar trebui amplificată terapeutica, care

a dobândit în ultimul timp metode noi. Ea ar trebui transformată chiar într-o vastă clinică terapeutică.

Cu aceste propuneri și rectificări am putea păși la un alt aspect al reformei învățământului medical. Este chestiunea examenelor. Se pune problema, dacă toate materiile ce se predau, trebuiesc socotite ca materii de examen obligatoriu. În proiectul Facultății de medicină din Cluj, la propunerea D-lui Profesor Iuliu Moldovan s'au prevăzut examene de fine de an, colocvii sau examene de stagiu. În primii 3 ani, fiind vorba de cultură generală, toate materiile de studiu vor trebui să constituie examene de fine de an eliminatorii. De îndată ce începe ramificarea studiilor, se va putea fixa o discriminare între materiile fundamentale auxiliare, — examene de stagiu sau colocvii.

O altă problemă este aceea a cursurilor de perfecționare. Este bine că s'a pus în discuție ridicarea nivelului științific al personalului facultăților de medicină. Dar tot așa de important este și ridicarea nivelului științific al medicilor. În proiectul Facultății de Medicină din Cluj s'a prevăzut, ca la fiecare trei ani să se facă cursuri de perfecționare obligatorii pentru toți medicii. Perfecționarea să înceapă cu absolvirii anului 1940, dată de când învățământul nostru medical este deficitar. Ideea de perfecționare lipsește în preocupările permanente ale învățământului nostru medical. Deși medicul este definit ca un student perpetuu, s'a constatat în toate țările că, ideea trebuie asigurată de stat. Această preocupare figurează în activitatea statelor civilizate, ca una din preocupările de bază și cu caracter permanent. Astfel în America, încă din 1882, găsim la New-York veștita școală „Post Graduate Medical School and Hospital”, care apoi a fost extinsă la Chicago, Filadelfia, Illinois, San-Francisco, etc. etc.

În Anglia există, aproape în toate centrele mari medicale, institute similare.

În Germania, încă din anul 1900, au fost inaugurate cursurile de perfecționare în timpul verii și astăzi avem o Academie Medicală numai în acest scop, care are o publicație și o revistă periodică. Atari preocupări se găsesc de aproape 40 de ani în Austria, în Ungaria, în Italia, Belgia, Olanda, Suedia, Norvegia. În Rusia, chiar din 1885, s'au pus bazele unui Institut de perfecționare și astăzi, marea noastră vecină, aliată și prietenă, numără institutele cele mai mari și numeroase, pentru perfecționarea și ridicarea nivelului științific, al practicei și teoriei medicale.

Nu trebuie să uităm, în această ordine de idei, nici pe studenți. Dacă în ultima vreme profesorii au publicat o serie de manuale, multe din ele nu pot ajunge în mâna studenților din cauza prețurilor extrem de ridicate. Este nevoie să se inaugureze un program și un oficiu de editură a manualelor medicale, pe care trebuie să le posedă orice student, ca zestrea lui de totdeauna.

O altă problemă este și aceea referitoare la programa analitică a învățământului medical. O idee progresistă ne impune și nouă să întocmim un program analitic, unitar și obligatoriu pentru întreg învățământul medical. Acest program să fie publicat în Monitorul Oficial și distribuit gratuit fiecărui student.

Evident că propunerile ce mi-am permis să le fac nu reprezintă decât un teren de discuții și este bine ca la această discuție să fie chemați toți cei interesați: profesori, asistenți, medici, studenți și publicul mare. Medicina reprezintă o cultură, ea interesează pe fiecare cetățean și de aceea este bine ca reforma să se întemeieze pe opinia tuturor celor ce o conduc, aplică sau se folosesc de binefacerile ei.

Articole științifice

Hipertrofia de prostată

Studiu anatomo-fizio-patologic, etio-patogenic, clinic, terapeutic și statistic în legătură cu 474 cazuri clinice operate

de **Prof. Dr. E. Țeposu** și **Dr. M. Popluca**

— Lucrare din Clinica chirurgicală și Boalele căilor urinare, Cluj-Sibiu —

(Continuare din Nr. 11—12).

Complicațiunile hipertrofiei de prostată.

Aceste complicațiuni cari pot să apară în evoluția hipertrofiei de prostată sunt numeroase și ele trebuiesc a fi depistate și combătute la timp, deoarece prezintă un rol deosebit în pronosticul acestei maladii.

Deosebim unele complicațiuni cari apar ca accidente primare ale prostaticului și altele ca accidente secundare.

Complicațiunile primitive.

Retenția acută și completă de urină survine în urma unei congestii pelviene ca un accident în cursul

acestei maladii prostatice, fiind datorită unei tumefacțiuni edematoase a adenomului, care sub influența retenției se agravează stabilindu-se astfel un cerc vicios și de unde rezultă importanța mare a sondajului vezical terapeutic. Acesta trebuie executat cu mare prudență în mai multe reprize, eșalonate pe mai multe zile, pentru a evita o hemoragie exvacuo; iar la apariția primelor picături de sânge vom face imediat lavagii vezicale cu o soluție desinfectantă fierbinte, lăsând apoi o oarecare cantitate în vezică.

Această retenție poate ceda spontan pentru un timp mai mult sau mai puțin îndelungat sau poate trece în retenție cronică incompletă sau nu cedează deloc și când numai tratamentul chirurgical este suveran (talie hipogastrică) întotdeauna preferat puncției vezicale ce poate fi periculoasă și uneori chiar mortală.

Procentul bolnavilor noștri cari s'au prezentat în serviciul Clinicei noastre cu această complicațiune, este de 19%, din totalul cazurilor cu hipertrofie de prostată.

Retenția cronică și incompletă de urină după cum am văzut se poate stabili, fie în urma unei retenții acute, fie treptat și insidios în cursul evoluției acestei maladii. Mecanismul ei de producere a fost studiat pe larg la capitolul simptomatologiei.

La acești prostatici mai deosebim și o *complicațiune rară de incontinență urinară fără distensie*, datorită unei lipse de adaptare a lobilor prostatici cari rămân distanțați, formând astfel un fel de jgheab continuu pentru scurgerea urinei.

Hematuria de aspect și intensitate variabilă, poate să survină frecvent la acești prostatici și deseori este însoțită și de o senzație de jenă sau greutate în regiunea lombară, hipogastrică sau perineală. Ea poate fi *provocată* prin leziunile produse de un cateterism (căr false sau din cauza polipilor uretrei posterioare), sau prin evacuarea completă și prea rapidă a unei vezici supra-destinse și în sfârșit de cele mai deseori această hematurie poate fi cauzată de o litiază urinară coexistentă, renală sau mai ales vezicală. Hematuria mai poate fi și *spontană* în puseurile congestive ale prostatei.

Infecția urinară constituie o complicațiune destul de frecventă și gravă în hipertrofia de prostată. Contaminarea urinei poate fi produsă *pe cale endogenă* în caz de infecțiuni generale sau dela un focar oarecare infecțios din organism, ori dela nivelul intestinului, mai ales cecul și colonul ascendent (sindromul entero-renal) și *pe cale exogenă* prin cateterismele repetate și leziunile produse la nivelul uretrei prostatice, precum și prin inflamațiunile cronice netratate dela nivelul uretrei, prostatei și veziculelor semi-

nale, a căror inflamațiune poate fi întreținută și prin aderențele pe cari acestea le pot prezenta cu rectul.

Ca factori favorizanți în declanșarea infecției urinare la prostaticii hipertrofici, avem *stagnarea urinei și congestia aparatului urinar*, pe lângă starea de intoxicație, debilitate și fragilitate senilă a organismului.

Complicațiunile secundare.

Aici vom aminti *uretrita* cu întregul ei cortegiu de complicațiuni ca litrite, cooperite, prostatită, spermato-cistită, funiculită, epididimită, orchită, cistită și uretero-pielonefrită, când infecțiunea renală se mai poate produce și pe cale descendentă (sanguină).

Această infecție uretrală este foarte frecventă, fiind o consecință aproape fatală a cateterismelor multiple (căr false, stricturi etc.).

Litiază vezicală — destul de frecvent întâlnită — este de obicei secundară retenției și infecției vezicale, fiind reprezentată mai ales prin calculi fosfatici.

La cazurile noastre clinice am întâlnit calculoza vezicală într'un procent de 15%.

La fel se pot găsi în această maladie prostatică și diverticuli vezicali (în 21 cazuri ale noastre), cari atunci când sunt de dimensiuni mai mari contribuie la creșterea rezidiului vezical, precum și la consecințele funeste ale acesteia.

Tot ca o complicațiune gravă se consideră și *transformarea malignă* a adenomului prostatic, constatată în cazurile noastre într'o proporție de 16,03%.

Dar acești prostatici fragili pot să prezinte și *complicațiuni la distanță*: așa la nivelul cordului, pulmonilor, ori la nivelul sistemului vascular ca arterite și flebite, uneori cu consecințe fatale (prin septicemie sau embolie).

Prognosticul hipertrofiei de prostată.

Prognosticul variază după perioada de evoluție în care se găsește bolnavul și după complicațiunile mai sus amintite, cari pot să survină în diferitele faze de evoluție ale maladii prostatice.

Astfel prognosticul bun din perioada de congestie, devine rezervat deodată cu instalarea retenției urinare cronice, din cauza riscului infecției prin sondajele vezicale efectuate zilnic. Iar în perioada de distensie vezicală, din cauza leziunilor produse la nivelul aparatului urinar superior, precum și a tulburărilor digestive — organismul ajungând extrem de sensibil și foarte puțin rezistent față de infecțiunile intercurrente, prognosticul devine sombru.

Însă prin introducerea în ultimii ani a sulfamido-terapiei pe o scară largă, prognosticul acestei maladii prostatice s'a ameliorat simțitor.

După cum vom vedea în capitolul următor, singura terapeutică rațională care poate să modifice în bine prognosticul atât de serios al acestei maladii prostatice — pe lângă hormono-terapie (cu efect re-confortant) și rezecție endoscopică (în cazurile indicate), este enuclearea cât mai precoce a adenomului prostatic.

Tratamentul hipertrofiei de prostată.

Progresele realizate în ultimele decenii în diferitele domenii ale științei medicale, au adus o profundă modificare în conduita terapeutică a hipertrofiei de prostată.

Astfel noile cunoștințe din domeniul endocrinologiei cari au pus bazele unei terapeutice hormonale, precum și apariția sulfamidelor cu efect covârșitor asupra ainfecțiunilor inflamatorii ale aparatului genito-urinar — ce influențează în mod deosebit evoluția clinică a acestei maladii prostatice, — au adus o contribuție însemnată în simplificarea terapeutice radicale sau curative din hipertrofia de prostată. În acelaș timp ne-a dat posibilitatea să lărgim baza indicațiilor operatorii a acestor bolnavi — cu un organism atât de fragil la această vârstă înaintată — pentru ca majoritatea dintre ei să se poată bucura — pe o scară cât mai întinsă și cu riscuri cât mai puține, — de binefacerile intervențiilor noastre.

În terapeutică hipertrofiei de prostată deosebim un tratament profilactic (preventiv), altul paliativ — ce poate fi general și local — și în fine un tratament curativ (radical) ce cuprinde rezecția endoscopică a prostatei și prostatectomia.

Scopul tratamentului profilactic este combaterea congestiei organelor abdominale în special a prostatei, prin mișcări moderate, ușoare, cari sunt absolut necesare prostaticilor.

Toate eforturile fizice prea exagerate, precum și plimbările prea prelungite cari duc la oboseală sunt dăunătoare acestor prostatici. Mersul cu bicicleta, călăritul și poziția șezândă prelungită, vor fi cât mai mult evitate.

Apoi tot ca o excelentă terapeutică profilactică se recomandă masajul general al corpului, băile generale, băile de șezut, băile de picioare ușor sinapizate luate seara înainte de culcare; la fel și băile de aburi, precum și dușul cu efect stimulent asupra pielii.

Șederea prelungită în pat fiind dăunătoare, prostaticul nu trebuie să stea culcat mai mult de opt ore, iar patul să fie mai dur decât mai moale.

Prosteticul va trebui pururea să fie bine îmbrăcat și să evite frigul mai ales la picioare, fiind foarte sensibil la cele mai mici schimbări de temperatură.

Alimentația trebuie să fie fracționată și fără condimente sau alcoolice. Masa de seara în general va fi cât se poate de redusă.

Din când în când (conducându-ne și după rezultatul azotemiei) se recomandă o cură de dezintoxicare, printr'un regim exclusiv vegetarian (legume și fructe mai ales struguri cu proprietăți diuretice remarcabile).

Trebuie să se evite ingerarea unei cantități mari de lichide și îndeosebi în orele de după masă și la masa de seara, ce întotdeauna se însoțește de o congestie a întregului aparat urinar — și care uneori poate duce la accidente de retenție urinară, sau la frecvente micțiuni nocturne cari îi turbură somnul. La fel trebuie să se evite și constipația, prin ingestia zilnică a unui laxativ, care să provoace un scaun regulat.

În raporturile sexuale prosteticul va căuta să ducă o viață normală. Excitațiunile anormale cari întretin erecțiuni prelungite, vor fi complet interzise.

Prosteticul atât ziua cât și noaptea va răspunde imediat solicitațiunilor vezicii urinare, urinând cât mai des și făcând uz de poziția cea mai convenabilă și favorabilă, pentru ca micțiunea să fie cât mai completă.

Tratamentul paliativ general.

Constă în combaterea diferitelor turburări ale sistemelor de organe: aparat cardio-vascular, pulmonar, digestiv, sistem nervos, etc. și mai ales în aplicarea unei medicațiuni desinfectante urinare (urotropina și derivatele ei, albastru de metilien etc.), reprezentată cu rezultate excelente — prin sulfamide.

Această terapie cu sulfamide — ce influențează în mod deosebit afecțiunile inflamatorii ale aparatului genito-urinar, cu rol covârșitor în evoluția clinică a hipertrofiei de prostată și mai ales în declanșarea crizelor de retenție urinară, — prezintă o deosebită importanță în tratamentul conservativ al acestei maladii prostatice, pe lângă sondajele și lavagiile antiseptice obișnuite.

În acelaș timp sulfamido-terapia — cu condiția de a se administra în doze eficace (de cel puțin 3 grame la zi), — contribuie în mare măsură la simplificarea terapeutice radicale sau curative a hipertrofiei de prostată.

Intr'adevăr prin introducerea sulfamidelor în terapeutică hipertrofiei de prostată — în toate trei fazele ei de evoluție clinică — infecția urinară cu toate consecințele ei dezastruoase, a putut fi stăpânită cu mai multă certitudine, permițându-ne înlăturarea drenajului vezical și scurtarea tratamentului preoperator, precum și a suferințelor din partea acestor bol-

navi prostatice infectați, dându-ne astfel deseori posibilitatea executării operației într'un singur timp.

Tratamentul paliativ local:

Masajul prostatei fie simplu, fie combinat cu palparea abdominală sau cu dilatarea uretrală prin Beniqueuri în special la persoanele mai grase, poate fi încercat în faza de debut a hipertrofiei de prostată, când predomină fenomenele congestive, însă de obicei cu rezultate iluzorii și numai în caz de coexistență cu o prostatită, se poate constata și ameliorări evidente.

Masajul prostatic se poate face și cu instrumente speciale, mai ales la persoanele obeze; iar la persoanele nervoase se poate aplica un *masaj vibrator* (*De Sard*) sau un *masaj electric* (făcând uz de un curent alternativ, cu un electrod rectal și altul abdominal sau perineal).

Clismele ce se aplică prostaticilor sunt de două feluri: 1. Evacuatoare și 2. Clisme calde emoliente emidente simple sau cu antipirină.

Clismele evacuatoare cu săpun sau glicerină administrate în cantități de la o jumătate de litru până la un litru pe lângă efectul lor purgativ, mai produc și o decongestionare a organelor pelviene.

Clismele fierbinți cu apă simplă sau cu antipirină 4—10% în cantitate de 50—100 gr., constituiesc o adevărată cataplasma emolientă asupra prostatei cu efect decongestionat. Ele pot fi administrate de două ori la zi. Acelaș efect îl au și supozitoarele cu antipirină.

Cateterismul se aplică în cazurile cu retenție completă și acută de urină, de două ori sau chiar de patru ori în 24 ore. Iar în retențiile cronice în mod obișnuit când rezidiul vezical permanent depășește 200 gr., cateterismul constituie o metodă zilnică de tratament, de altfel destul de periculoasă, deoarece foarte ușor poate să expună bolnavul, căilor false, hemoragiei și infecției.

Sonda permanentă este indicată la cazurile cu retenție cronică completă, sau când cateterismul uretral este foarte dificil și dureros, ori la bolnavii cari n'au posibilitatea de a se sonda zilnic. Apoi în hemoragiile prostatice și vezicale, în caz de căi false, în cistite rebele cu incontinență urinară și în infecțiile urinare, precum și în caz de uretrotomie internă sau externă.

Electricitatea. În tratamentul hipertrofiei de prostată s'a încercat întrebuințarea galvanizării, electrolizei și a curenților de înaltă frecvență, însă fără rezultate evidente.

La fel Roentgen și Radiumterapia pe cale perineală (*Nogier, Robert, Prunst etc.*), pare să acționeze

mai mult asupra elementului glandular, iar cel fibros rămânând neinfluențat. Astfel se pot observa unele ameliorări în faza de debut a hipertrofiei de prostată, prin acțiunea decongestionantă, hemostatică și analgetică a radioterapiei. Această terapie se recomandă în special la indivizii inoperabili.

Tot cu un efect decongestionant se recomandă — mai ales în faza de debut a hipertrofiei de prostată — *dilatarea lentă și progresivă a uretrei prostatice* cu beniqueuri curbe.

Puncția vezicei este o metodă oarbă și periculoasă și nu se recomandă decât în cazurile de extremă urgență cu retenții acute de urină, când sondajul este imposibil și nu suntem pregătiți pentru cistostomie. Puncția se face cu ajutorul unui ac dela aspiratorul Potin, exact pe linia mediană, imediat deasupra simfizei pubiene, pentru a evita fundul de sac peritoneal.

Cistostomia supra-pubiană sau talia hipogastrică.

Se aplică ca operație de urgență în toate cazurile de retenție completă de urină, când cateterismul este imposibil și ar necesita puncții vezicale repetate; sau în caz de hemoragii mari vezicale cu coaguli multipli ce nu pot fi evacuați pe cale naturală.

Iar cu titlul temporar în caz de infecțiuni rebele cari nu cedează la tratamentul prin sonda permanentă, putând să servească și ca prim timp al prostatectomiei transvezicale.

Și în mod excepțional cu titlul definitiv, cistostomia se execută atunci când starea generală a bolnavului este prea deficientă pentru a suporta o intervenție radicală sau curativă și constă în crearea unei fistule hipogastrice permanente. Din năzuința de a se produce o fistulă continentă, s'au născut o serie de procedee operatorii destul de ingenioase, însă fără să dea rezultatele așteptate.

În general acest drenaj supra-pubian permanent nu este recomandabil, deoarece infectează cu multă ușurință vezica și după *Hegedorn* majoritatea bolnavilor drenați în felul acesta, mor în maximum 2 ani.

Bazați pe constatările experimentale ale lui *Athanasow* — care prin castrajie a produs o regresivitate însemnată a prostatei la animale, — *Albarran* și *Legueu* aplică această metodă în tratamentul hipertrofiei de prostată, obținând oarecari ameliorări. În general rezultatele la om fiind inconstante cu mortalitate însemnată cât și cu o serie de alte tulburări, această metodă a fost părăsită.

Vasoligatura preventivă, care constă în suprimarea secreției externe testiculare prin ligatura sau secțiunea canalelor deferente a produs oarecari ameliorări prin atenuarea puseurilor congestive prostatice, fără însă a putea suprima obstacolele mecanice prostatice în evacuarea urinei, însă evită infecțiile orchiepididimare, atât de des observate în urma sondajelor des repetate și de durată.

Această tehnică chirurgicală a inspirat operația mai recentă a lui *Steinach*, care consistă într-o ligatură inter-epididimotesticulară.

Acest autor plecând dela ideia că involuția senilă a prostatei nu reprezintă o afecțiune locală, ci este manifestarea unei influențe hormonale, iar hipertrofia de prostată fiind expresiunea unui dezechilibru hormonal în organismul mascul (*Lower*) — în sensul unei deficiențe în secreția internă a hormonilor masculi testiculari și în special a celulelor lui *Sertoli* — caută prin operația sa să exalte secrețiunea internă atât de importantă a celulelor lui *Sertoli* asupra hipofizei (după cum am văzut la capitolul fiziologiei) pe seama secrețiunei externe seminale devenită inutilă la această vârstă de apariție a hipertrofiei de prostată. Și astfel *Steinach* aplică — sub anestezie locală, — un fir dublu de mătase la nivelul capului epididimului exact în locul unde *E. Landau* a găsit un ganglion simpatic, cu respectarea vaselor sanghine din vecinătate și fără a leza albuginea testiculară.

Niehhans Paul începând cu anul 1927 aplică procedeul de ligatură a lui *Steinbach* pe aproximativ 600 prostatoci, cu rezultate excelente în cazurile de adenome moi (miome) și cu rezultate mai puțin evidente sau chiar nule în fibromele prostatice mici și dure.

Pe aceleași considerente teoretice pe cari se bazează procedeul de ligatură a lui *Steinach* descris mai sus, s'a formulat și terapia hormonală a hipertrofiei de prostată.

Lower și *Mac Cullagh* au observat că majoritatea prostaticilor au un dezechilibru endocrinian, prezentând un metabolism bazal scăzut și împreună cu *Kenneth Cuyler* au putut constata în foarte multe cazuri de hipertrofie de prostată reacția *Friedman pozitivă*, identică cu cea obținută în sarcină și care după cum știm traduce o hiperactivitate hipofizară.

Cum însă hipertrofia de prostată apare în declinul vieții sexuale, s'a făcut legătura de cauzalitate cu insuficiența testiculară ce se instalează la această vârstă.

Și astfel *Van Cappellen* în 1932 — bazat pe acest raționament simplu — a pus pentru primată în aplicare tratamentul hormonal cu rezultate bune în 12

cazuri de hipertrofie de prostată, făcând uz de un extract testicular uleios numit *Hombreol*.

I-a urmat apoi o serie de autori cari au întrebuințat extrase testiculare mai mult sau mai puțin purificate.

Astfel *Wöhling* (1934) face uz de un extract testicular numit *Erugon* în asociație cu un extras de glandă antehipofiză. *Weber* (1935) întrebuințează acelaș extract pe 6 cazuri. *Lower* (1936) utilizează pe un număr de 90 bolnavi *contruina* (extras din testicolul de taur), în doză zilnică ce reprezintă 60 gr. glandă proaspătă, obținând ameliorări evidente în 52 cazuri. *Valerio* întrebuințează *erugonul* asociat cu un extras ovarian — *Undenul* — pe un număr de 35 cazuri, obținând vindecări clinice în 30 cazuri. *Cuneo* (1937) administrează la 18 bolnavi cu rezultate variabile, un extras hidroglicerinat din testicul de taur, în doză zilnică reprezentată prin 0,50 gr. glandă proaspătă.

Și apoi o serie întreagă de alți autori ca *Champy*, *Guy-Laroche*, *Marsan*, *Bompard* și alții, cari au pus în aplicare pe o scară largă tratamentul hormonal în hipertrofia de prostată, mai ales de când pedeoparte *Laqueur* și colaboratorii săi (*David*, *Dingenmase* și *Freud*) și pe de altă parte — în acelaș an 1935 însă cu totul independent, — *Butenand* și *Ruzicska*, au reușit să realizeze hormonul testicular sintetic sub forma unei substanțe cristalizabilă numită „*Testosteron*” și ajunsă în comerț sub două forme ca: acetat și propionat de testosteron. Acesta din urmă fiind după *Laqueur* de două ori și jumătate mai activ decât primul, se găsește în comerțul actual în soluții oleoase și în doza de 5,10 și 25 mg. sub denumiri variabile după casa preparatoare. Așa avem *Anertanul* casei Boeringer; *Testovironul* casei Schering; *Sterandrylul* casei Dr. Roussel și *Neohombreolul* casei Organon.

În ultimii ani *A. Cassuto* (1938) prin administrarea *Anertanului* la 35 cazuri, ajunge la următoarele constatări: diminuarea senzibilă a rezidului vezical în 8 cazuri și dispariția polachiuriei în 26 cazuri. Au mai fost influențate în mod favorabil consistența prostatei în 5 cazuri, azotemia în 10 cazuri și presiunea arterială maximă în 20 cazuri.

În acelaș an *Obersoltzer* pe 23 cazuri de hipertrofie prostatică tratate cu propionat de testosteron în doză zilnică de 5—10 mgr., a avut ameliorări în 80 % a cazurilor.

În anul 1939 — în urma rezultatelor obținute — *Jehn* atribue un rol deosebit hormonoterapiei în diagnosticul diferențial cu cancerul prostatic, în sensul că acesta din urmă nu este influențat deloc prin tratamentul hormonal.

Geisendorfer susține că hormonoterapia este capabilă să producă *modificări obiective* numai în perioada de debut a maladiei prostatice.

În anul 1941 *Zettel* — în urma cercetărilor sale — ajunge la concluzia că hormonoterapia în hipertrofia de prostată este eficace numai în stadiul I. și II., iar în stadiul III., constituie un adjuvant excelent în pregătirea preoperatorie a bolnavului.

În același an *Boeminghaus* recomandă hormonoterapia ca o măsură profilactică în hipertrofia de prostată, alături de tratamentul local endoscopic a tuturor leziunilor proliferative dela nivelul uretrei supramontane, — cu acțiune predispozantă în dezvoltarea adenomului de prostată.

În Clinica Chirurgicală și Urologică din Cluj — începând cu anul 1937, — hormonoterapia a intrat ca o metodă curentă în tratamentul hipertrofiei de prostată, făcându-se uz de preparatele sintetice mai sus amintite.

Astfel până în prezent au fost tratate în felul acesta 73 cazuri, din cari 7 cazuri cu retenție cronică completă; 19 cazuri cu retenție cronică incompletă; 8 cazuri cu retenție acută și completă și cu o stare generală gravă; 39 cazuri de hipertrofie de prostată în perioadă de debut, din cari 2 cazuri erau pe teren diabetic.

Rezultatele obținute au fost următoarele:

În cele 7 cazuri cu retenție cronică completă, la 2 cazuri am observat o restabilire spontană a micțiunilor.

În cele 19 cazuri cu retenție cronică incompletă, polachiuria a dispărut aproape complet în 17 cazuri, din cari numai în 9 cazuri s'a putut constata o înlăturare aproape completă a reziduiului vezical și în 11 cazuri o diminuare a consistenței prostatice.

Din cele 8 cazuri de retenție acută și completă de urină, am obținut restabilirea spontană a micțiunilor în 6 cazuri, cu o ameliorare evidentă a stării generale.

Iar în cele 39 cazuri de hipertrofie de prostată în perioada de debut, am constatat dispariția polachiuriei în 34 cazuri, restul de 5 cazuri din care 2 pe teren diabetic rămânând neinfluențate; iar din totalitatea acestor 39 cazuri, la 29 bolnavi am putut constata o diminuare în consistența prostatei.

La totalul general de 73 cazuri clinice tratate prin hormonoterapie, au mai putut fi influențate în mod favorabil azotemia în 22 cazuri și presiunea arterială maximă în 45 cazuri.

În același timp, în strânsă colaborare cu Clinica Gynecologică (*Prof. Dr. C. Grigoriu și Dr. I. Petrescu*) — începând cu anul 1936 — am pus în aplicare tratamentul cu hormon mamar pe 13 cazuri cu hiper-

trofie de prostată și ulterior până în prezent în clinica noastră pe încă 25 cazuri; deci în total 38 cazuri tratate cu acest fel de hormon.

Încă din anul 1910 *Prof. Grigoriu* împreună cu *Aschner* prin cercetări clinice și mai ales experimentale, au stabilit proprietățile fizico-chimice și biologice ale extraselor de glandă mamară, precum și corelația între această glandă și organele genitale, în sensul că hormonul mamar ar avea o acțiune inhibitoare asupra aparatului folicular.

Această acțiune s'ar petrece nu pe cale neuro-hormonală ci pur hormonală și nu în circulația sanguină sau la nivelul mucoasei vaginale, ci în însuși aparatul folicular — la locul de producere a foliculinei. (*Grigoriu—Petrescu*).

Prof. Grigoriu împreună cu *Aschner* încă din anul 1911 au pus în evidență prin cercetări experimentale prezența unei substanțe oestrogene în diferitele glande cu secrețiune internă ca placentă, uter, testicol, precum și în urina bărbatului, experiențe ce au servit de bază în lucrările ulterioare ale lui *Zondek*.

Printr-o serie de alte observațiuni clinice *Prof. Grigoriu—Petrescu* au căutat să explice eficacitatea terapiei cu extras de glandă mamară în tratamentul fibromelor uterine, precum și a metroragiilor, metroragiilor funcționale și a congestiilor pelviene, prin acțiunea inhibitorie a hormonului mamar asupra aparatului folicular; hormon care mai prezintă în mod secundar și un efect uteroton și decongestionant (regulator al circulației).

În același timp autorii mai sus menționați — bazați pe date embriologice și pe constatări clinice și experimentale —, susținând aceeași origină endocrină-foliculară și pentru adenomul de prostată ca și pentru fibromul uterin, au pus în aplicare terapia cu extras de glandă mamară și în tratamentul hipertrofiei de prostată.

S'a făcut uz de preparate de extras de glandă mamară ca „*Mammin Poehl și Richter*” administrate în fiole și tablete și uneori local sub formă de instalații vezicale.

În unele cazuri s'au mai asociat și extrase de hipofiză posterioară sub formă de injecțiuni sau sub formă de instalațiuni vezicale, cu rezultate satisfăcătoare.

Zilnic se administra câte una până la două injecții intra-musculare de extras de glandă mamară, precum și 2—3 tablete per os. În același timp făcându-se și tratamentul local prin lavagii vezicale cu soluții ușor antiseptice prin sonda permanentă, mai ales la cazurile cu retenție completă de urină.

Astfel în urma examenului urologic efectuat înainte și după tratament, s'a putut constata o ameliora-

re destul de rapidă a tulburărilor urinare: reapariția micțiunilor spontane la 3—4 săptămâni dela debutul tratamentului în cazurile de retenție completă, precum și o retrocedare evidentă a fenomenelor disurice la cei din faza I-a și a II-a. Rezidiul urinar a scăzut uneori până la 20 cmc. cu o diminuare a volumului și consistenței prostatice. Și la toate cazurile s'a putut observa o ameliorare evidentă a stării generale.

Acțiunea favorabilă a hormonului mamar s'ar explica prin efectul său inhibitor asupra hormonului genetic (folicular) din hipertrofia de prostată, precum și prin efectul său tonic asupra musculaturei vezicale, restabilind și o circulație sanghină mai bună, cu diminuarea fenomenelor congestive ce însoțesc adenomul de prostată.

În rezumat: în urma rezultatelor obținute prin tratamentul cu hormon mamar, precum și în urma unei anchete tardive făcută la câțiva ani dela aplicarea acestui tratament, putem constata valoarea deosebită pe care o prezintă această terapeutică cu extras de glandă mamară în toate cazurile de hipertrofie de prostată, fără să prezinte vreo contraindicație.

În general însă rezultatele hormonoterapiei obținute de noi și alți autori mai sus citați cu majoritatea preparatelor glandulare, sunt variabile și ceea ce face dificilă aprecierea acestor rezultate, este faptul că hipertrofia de prostată constituie o afecțiune cu un mers și evoluție neregulată și la care ameliorările spontane pot să survină destul de frecvent.

Intr'adevăr în evoluția hipertrofiei de prostată trebuie să distingem atât din punct de vedere anatomic cât și funcțional (fiziologic), existența a două elemente strâns asociate: unul fix și altul variabil.

Din punct de vedere anatomic elementul fix este adenomul, iar cel variabil — fie congestiv sau inflamator — interesează deodată atât adenomul, cât și prostata și colul vezical.

Din punct de vedere funcțional elementul fix este reprezentat prin rezidiul vezical (retenția urinară cronică), iar cel variabil prin exacerbarea semnelor funcționale și a retenției de urină, ce corespunde pușeurilor congestive și inflamatorii, cu expresia cea mai tipică în criza de retenție acută și completă de urină.

Ori elementul variabil constituie un epifenomen cu o durată tranzitorie, — putând să dispară după un interval de timp fie în mod spontan, fie sub acțiunea unui oarecare tratament, — pentru a reapare din nou după un oarecare timp de săptămâni, luni sau ani de zile.

În același timp — în aprecierea rezultatelor hor-

mono-terapiei, — nu trebuie să pierdem din vedere și diversitatea produselor utilizate de către diferiții autori.

Și noi ca și alți autori am urmărit în mod sistematic — în cazurile noastre clinice, — efectul hormonoterapiei fie prin tușeul rectal și examenul uretroscopic, fie prin determinarea repetată a rezidiului vezical, a cărui evoluție însă ne-a părut a fi destul de capricioasă, fără a fi întotdeauna în raport cu evoluția semnelor funcționale și a constatărilor obținute la tușeul rectal.

În schimb Prof. *Chevassu* și asistentul său radiolog *François Moret* prin cercetări multiple și îndelungate, au putut să stabilească uretrografia ca metodă de explorare cea mai fidelă în controlul hormonoterapiei la prostaticii hipertrofici și care mai prezintă și marele avantaj de a pune în evidență leziunile coasociate de prostatită. Astfel acești autori prin uretrografia din profil, făcută în serie la cazurile urmărite timp îndelungat, au putut constata o modificare în imaginea radiografică, caracterizată prin diminuarea diametrului antero-posterior a uretrei prostatice.

În general rezultatele obținute prin hormonoterapie în hipertrofia de prostată sunt următoarele: ameliorarea semnelor funcționale este precoce; polachiuria atât nocturnă cât și diurnă scade în mod rapid, iar jetul de urină devine mai puternic, încât individul ajunge să prezinte după actul de micțiune o impresiune euforică de vacuitate vezicală. Și această senzație este semnalată chiar în cazurile unde persistă încă un oarecare reziduu vezical. Criza de retenție acută este scurtată prin restabilirea micțiunilor spontane, iar rezidiul vezical din retenția cronică incompletă, dacă nu depășește 200 cmc, este înlăturat într'un număr important de cazuri. Rezultate mai puțin precise avem în cazurile de retenție cronică completă. La tușeul rectal după un oarecare timp de tratament, s'a putut constata în unele cazuri o diminuare a volumului de prostată, datorită fenomenului decongestiv.

Și în fine de comun acord cu toți autorii, trebuie să remarcăm transformarea stării generale a bolnavilor noștri sub influența hormonoterapiei: din depriși, apatici și lipsiți de forță fizică, devin din nou bine dispuși, vioi și activi. Această restabilire a stării generale este fără îndoială condiționată — în afară de acțiunea proprie a hormonului testicular — și prin ameliorarea funcțiunii renale, în urma unei mai bune evacuări vezicale.

Aceste date sunt suficiente pentru a ne permite de a nu reproșa hormonoterapiei, pierderea de timp prețios bolnavilor încă operabili, de oarece prin acest tratament se pare a se ameliora condițiile de opera-

bilitate a tuturor cazurilor ce nu pot să evite intervenția chirurgicală (prostatectomia).

Dar deși starea generală a bolnavilor prostatici, precum și fenomenele clinice locale sunt așa de favorabil influențate prin hormonoterapie, trebuie să recunoaștem — ca și alți autori — că *anatomic* adenomul de prostată nu este influențat. Examinările histologice făcute pe prostate tratate și netratate cu hormoni, n'au putut arăta nici o deosebire de structură. (Heckel, 1940).

De aceea este încă în plină discuție mecanismul acțiunii hormonoterapiei testiculare în hipertrofia de prostată. Tendința actuală este de a se explica acțiunea hormonoterapiei, prin influența ei asupra fenomenelor secundare — de ordin funcțional — pe cari le provoacă adenomul de prostată și cari sunt hipotonia sau atonia mușchiului detrusor vezical.

Hormonoterapia testiculară prin acțiunea sa tonică, asupra detrusorului, face ca obstacolul mecanic prostatic să poată fi învins pe o perioadă mult mai lungă și prin aceasta să reducă sau chiar să înlăture rezidiul vezical. Odată acesta înlăturat să producă o ameliorare accentuată în fenomenele lui secundare ca polachiuria și dizuria, iar posibilitatea de infecție a urinei — cu toate consecințele ei dezastruoase, — să fie astfel evitată.

Și cum în hipertrofia de prostată — după cum am văzut — uretra nu este stenoasă, ci din contră lărgită în sens antero-posterior și alungită în porțiunea ei prostatică, se crede în special că în producerea retenției acute de urină, ar interveni spasmul sfincterului intern uretro-vezical și care ar fi determinat de distensia lui excentrică excesivă.

Acțiunea hormonoterapiei — tradusă istologic prin fenomenele de edem mucoid (constatate prin cercetările lui *HeitzBoyer, Coujard, Champy și Kritch*), ce ar favoriza o relaxare a fasciculelor musculare netede, — face să înlăture acest spasm sfincterian și să micșoreze astfel rezistența colului vezical la evacuarea urinei.

Cum însă mai ales în retenția acută de urină congestia simplă (prin ingerarea abundentă de lichide mai ales alcoolice), sau inflamatorie (rolul infecției urinare), joacă un rol deosebit, se crede că hormonoterapia în hipertrofia de prostată ar influența aceste procese congestive sau inflamatorii.

Și după cum am văzut la capitolul fiziologiei se prea poate ca hormonoterapia să aibă și altă cale de acțiune — inter-glandulară — în special asupra hipofizei și prin intermediul ei să aibă o acțiune inhibitoare asupra tumorii prostatice și în mod indirect asupra fenomenelor ei de însoțire.

Dar mai știm că testicoli secretă hormoni nu-

mai în raport cu trebuințele organismului, fără a face un depozit. De aceea noi nu putem extrage din testiculele animalelor, decât cantitățile minime de hormoni.

Cât privește cantitatea de hormon testicular conținută în organismul omenesc, se știe prea puțin (*Laqueur*) și cu atât mai puțin asupra raportului existent între cantitatea de hormon secretată de o glandă și cantitatea utilizată de organism. Iar cantitatea de hormoni eliminată prin urină — deși se poate măsura, — suferă ea însăși variațiuni individuale. Incât se pune întrebarea foarte justă: Care este doza terapeutică pentru tratamentul hipertrofiei de prostată la om?

Moskowitz propune un tratament cu doze mari, iar *Cuneo* un tratament continuu, separat prin perioade scurte de repaos.

O altă dificultate în terapia cu hormoni constă în faptul că organismul omenesc nu conservă hormonii încorporați, ci îi excretă în cea mai mare parte și în mod rapid prin urină (*Moore*) și din care cauză pentru menținerea unui efect obținut, este absolut necesar continuarea tratamentului în mod indefinit. Ori prin administrarea prelungită a acestor hormoni riscăm o atrofie a glandei corespunzătoare, pusă în repaos forțat (adecă o atrofie prin inactivitate).

În același timp trebuie să avem în vedere și influența acestor hormoni genitali în geneza tumorilor în general și a cancerului în special și care face obiectul unor cercetări aprofundate din ultimii ani.

Principial utilizăm tratamentul hormonal în toate stadiile de evoluție ale hipertrofiei de prostată, cu rezultate variabile potrivit fiecărui stadiu.

În stadiul I. și începutul stadiului II. — câtă vreme rezidiul vezical nu este prea mare (nu depășește 150 cmc.) — rezultatele sunt întotdeauna favorabile prin ameliorarea stării de congestie locală a organului, diminuarea rezidiului vezical și dispariția aproape completă a fenomenelor disurice.

În plin stadiu II. și stadiu III. tratamentul hormonal utilizat, îl considerăm drept factor adjuvant în pregătirea preoperatorie a bolnavului, prin efectul reconfortant ce-l are asupra organismului.

Hotărât că fiind geneza hipertrofiei de prostată recunoscută astăzi de natură hormonală, terapeutică cu hormoni o considerăm drept metodă profilactică de primul ordin.

Cum însă un eventual exces de hormoni introdus în economie nu poate să rămână complet inofensiv pentru organism (*Abderhalden*), prin observația cazurilor noastre clinice am ajuns să nu depășim pentru o cură cantitatea de 160—180 mgr. preparat testicular, repartizată în 12 injecții cu doze variabile dela

5—25 mgr. In general dozajul variaza de la caz la caz.

In linii generale insa se incepe terapeutica hormonală cu o doză de atac de 2 fiole a 25 mgr. injectate intramuscular la interval de 2 zile, urmate apoi de 4 fiole a 10 mgr. și 4 fiole a 5 mgr. sau de 8 fiole a 10 mgr. la același interval de timp (după toleranța

individului). Cura este terminată cu alte 2 fiole a 25 mgr. Drept tratament de întreținere, această cură o recomandăm a se repeta de 3 ori anual, bineînțeles cu respectarea riguroasă a tuturor celorlalte prescripțiuni necesare acestei maladii prostatice.

Toxi-infecție alimentară în masă cu tabloul clinic al poliradiculitei

de

I. Hatieganu

și

O. Fodor

Sub toxi-infecție alimentară se înțelege de obicei o *gastro-entero-colită acută* provocată prin toxine bacteriene din grupa *paratífos* și *enteritidis*.

Intr'adevăr cercetările din ultimele trei decenii au dovedit, că toxi-infecțiile alimentare, în marea lor majoritate, sunt datorite microbilor din grupa *paratífos* și *enteritidis* și înfiniților lor varianți.

Aceste toxi-infecții alimentare se observă în număr mare mai ales în colectivități care se *alimentează în comun*, astfel în cazărmi, cămine, lagăre, uzine.

Gärtner a atras mai întâiu atențiunea asupra rolului anumitor microbi în intoxicațiile alimentare. Această observație a fost confirmată și de alții. In urma cercetărilor bacteriologice a toxi-infecțiilor alimentare, s'au putut identifica numeroase tulpine din grupele *paratífos* și *enteritidis*.

In cadrul acestor două grupe s'au putut diferenția *foarte multe tulpine* cu caractere morfologice, biochimice aproape identice, care însă penetrând în organism produc anticorpi specifici numai pentru tulpina respectivă.

In această mare familie microbiană patogenă pentru om și pentru animal se cunosc astăzi foarte mulți indivizi, sub cele mai variate numiri; după autor (*Salmonella*) după Salmon, după localitatea (*Breslau*, *Dublin*, *Aertrycke*), după animal (*Bacteria sui pestifer*) după porc, (*typhi murium*) după șoarece, după caractere biologice (*paratífus*, *paracoli*).

Tocmai această varietate mare a pus bazele așa numitei „*Kieler Lehre*” — doctrinei din Kiel: „*Varietatea etiologică și epidemiologică a îmbolnăvirilor paratifoase*”.

Caracterele mai importante ale acestor microbi sunt, că *provoacă boală la om și la animal, conțin toxine foarte active termostabile și se înmulțesc mai ales în alimente, în special în carne. Infecția alimentelor*

— și mai ales a cărnii — se face *intravital*. La animale, acești microbi produc o *septicopyemie*.

Infecția cărnei făcându-se la animale aproape totdeauna *intervital*, *sursa de infecție este animalul infectat*, mai deseori vacă, porc, cal, oaie, a căror carne este mai des consumată. In carnea acestor animale se află o cantitate enormă de microbi (un gram=6 milioane), care se multiplică și după uciderea animalului. Găsindu-se în număr enorm cu deosebire în viscere, este explicabil că mai ales *consumul de carne-țării, mezeluri*, dă cele mai grave intoxicații.

In general patogenitatea acestor microbi nu este absolută, este foarte variabilă în aceeași grupă, ba chiar și la același reprezentant al unei grupe. In cele mai multe cazuri decide nu atât numărul, cât *valența toxică a microbului*. Toxina, care se eliberează în organismul animalului din microbii încă vii și din cadavrele lor — și astfel în cantitate suficientă și foarte activă, penetrează cu carnea consumată în organismul uman.

Față de această teorie toxică a intoxicației alimentare, Eppinger presupune o *substanță toxică, care se formează din alimente* sub acțiunea microbilor. Aceste substanțe ar avea o acțiune identică cu allyl-formiatul. Azi se crede că aceste produse de desintegrare din albumină, grăsime, nu sunt toxice, ci ele prepară numai un mediu mai propice pentru microbi.

Afară de microbi și toxine microbiene, figurează ca *factori adjuvanți* felul de pregătire, *conservare a cărnii*. Apoi starea bolnavului. Astfel carnea crudă, carnea mărunțită, conservată, este mai toxică, precum și individul debilitat, cu *turburări gastro-intestinale* este mai dispus.

Toxi-infecția alimentară este datorită deci *infecției*, care este variabilă, variată și foarte labilă și *toxinei*, care este variată, variabilă dar termostabilă.

In baza acestor constatări, azi vorbim de *toxi-*

infecție alimentară, care se produce aproape totdeauna prin *carne infectată intravital*.

Toxi-infecțiile alimentare survin foarte frecvent sporadic, în masă însă foarte rar. Se observă abia 1—2 epidemii într'un an într'o regiune. *Schneidemuhl* descrie 6 toxi-infecții în masă între anii 1868—1898. (Germania).

Intoxicații în mici colectivități sunt destul de frecvente. În general se publică numai intoxicațiile cu număr mare de îmbolnăviri și cu mortalitate mare.

În toate aceste toxi-infecții alimentare în masă se constată prezența următorilor factori — *animal bolnav* — *consumarea mai ales de carne tocată, alterată* — *microbul specific*.

Tabloul clinic cel mai frecvent este cel al unei *gastroenterite acute*, care poate evolua cu semnele unei *diarei ușoare*, sau cu vărsături și diarei extrem de frecvente, dând tabloul clinic al „*cholerei nostras*” — stări care pot merge spre o intoxicație gravă — cu cloropenie, azotemie — până la colaps și moarte prin insuficiență circulatorie periferică. În aceste cazuri din urmă se dezvoltă o stare algidă prin pierderea mare de lichide, de aceea se aseamănă mult cu *cholera*. Uneori scaunele sunt sanghinolente, purulente și astfel iau aspectul unei *dizenterii*. Atât în formele ușoare, cât și în cele grave, fie că se aseamănă cu o simplă diaree, cu „*cholera nostra*”, ori *dizenteria*, intră în suferință întreg tractul intestinal. Din punct de vedere anatomopatologic este o gastrită-enterocolită, predominând suferința unui sau altui segment gastrointestinal.

Afară de acestea, se observă forme în care procesul este localizat pe un *segment bine delimitat al tubului digestiv*. Astfel se observă *gastrită* caracterizată mai ales printr'o indispoziție gastrică — vărsături — balonări, apoi *duodenite* cu o *stare de greață, vărsături și intoxicație, și enterite*, caracterizate mai ales de dureri abdominale și o serie de fenomene nervoase, ori *colite* cu fenomene de diaree de putrefacție și fermentație, mai rar cu simptomele unei colite dizenteriforme. Toate aceste forme clinice evoluează spre vindecare de obicei în 2—3 săptămâni.

Adeseori însă vindecarea nu este completă. Se observă persistența enterocolitei — dispoziție spre recidive de enterocolite, ba chiar o tendință spre cronicitate.

Foarte frecvent se constată, după aceste toxi-infecții alimentare enterite, duodenite, care dau stări dispeptice, pentru care bolnavii aleargă dela un medic la altul fără să i se pună diagnosticul. Și în aceste cazuri se confirmă o constatare, pe care în clinică o facem adeseori, că medicii adeseori uită că omul are și intestin subțire.

Afară de aceste forme gastrointestinale ale intoxicației alimentare mai mult *toxinice*, amintim acele forme mai mult *microbiene*, care evoluează cu tabloul clinic al unei *febre paratifoide*. Aceste forme se observă în masse, ori câteva cazuri în mijlocul cazurilor de gastro-enterocolită.

Amintim în acest loc și formele mai mult *microbiene*, care evoluează cu o localizare pe anumite organe. Astfel observăm pielite, meningite, cholecistite.

Mai amintim *toxi-infecțiile alimentare asociate*, cu o infecție cu *bacilul botulinic*, când afară de simptomele gastrointestinale survin turburări neuropaletice de origine centrală (midriază, ptoză palpebrală, diplopie, turburări de deglutiție) cu sediul în regiunea bulbo-medulară.

Convalescența în toate formele clinice este lungă, observându-se adeseori cetalee persistente, anemie, inapetență, o ipersensibilitate gastro-intestinală (stomac slab, intestin slab), apoi turburări nervoase, duodenite, enterocolite cronice.

Diagnosticul este ușor mai ales când examinăm cazuri multiple, cu aceeași sursă alimentară și cu un tablou clinic similar.

Prognosticul este foarte variat în deosebitele epidemii. Sunt îmbolnăviri masive cu o mortalitate foarte ridicată (30—40%), iar altădată mortalitatea este foarte redusă, ori putem observa îmbolnăviri masive fără mortalitate.

Tratamentul este cel al gastro-enterocolitelor acute. Administrăm în primele zile purgative. Dacă sunt simptome grave, administrăm ser glucozat, ser hipertonic, ser fizologic, adsorbive (cărbune), dermatol, cardiotonice periferice (cafeină, veritol, s.mpatol).

Profilaxia este foarte dificilă, rezumându-se la examinarea animalului și a cărnii. Este dificilă mai ales pentru că alterațiunile anatomopatologice la animale survin foarte târziu, și astfel animalul tăiat în primele zile ale bolii nu prezintă nici o leziune. Este important examenul bacteriologic. Felul în care este pregătită carnea prezintă deasemenea importanță (friptă, fiartă).

Trebue să recunoaștem însă că *nu există nici o metodă de pregătire, care să ne pună la adăpost de o eventuală toxi-infecție alimentară*.

Lipsa unei metode sigure pentru diagnosticarea infecției la animal și a unei pregătiri sterilizante a cărnii, este cauza că profilaxia este foarte dificilă. Se impune o colaborare cât se poate de strânsă între medicul uman și cel veterinar. Prin această colaborare vom observa mai rar îmbolnăviri, însă trebue să recunoaștem că nu le putem elimina.

* * *

În luna Octombrie 1945 am avut ocazia să ob-

servăm o toxi-infecție alimentară în masă la muncitorii fabricii „Dermata” din Cluj.

Din statistica făcută de medici care au tratat bolnavii în clinică, spitale și acasă, și apoi din observația noastră, rezultă că din 1000 muncitori și muncitoare, care s'au alimentat în ziua de 11 Oct., mâncând cartaboși de proveniență suspectă, s'au îmbolnăvit 400. Toate cazurile au evoluat bine, neobservându-se nici un caz mortal.

Incubația în genere a fost foarte scurtă — dela 2 ore până la 48 ore maximum — ceea ce arată că a dominat *factorul toxic* și nu cel microbian.

Debutul, în majoritatea cazurilor s'a caracterizat prin fiori, ba chiar frison cu ascensiuni de temperatură până la 39° — 40° această febră având o durată foarte scurtă, în cele mai multe cazuri 24 ore și în foarte puține cazuri 3—5 zile.

Simptomele gastrointestinale în majoritatea cazurilor au fost atenuate — ușoare grețuri, colice abdominale și puține (2—5) scaune diareice. Forme mai grave cu tabloul clinic al „cholerei nostras” s'a observat numai la 3 copii în vârstă de 8—12 ani, care au mâncat din aceeași cartaboși.

Simptomele, care au fost prezente aproape în toate cazurile, au fost caracterizate mai ales prin *dureri extrem de violente, localizate pe zone corespunzătoare rădăcinilor posterioare, cu variații multiple*. Tabloul clinic a fost atât de impresionant și atât de caracteristic suferinții rădăcinilor posterioare, încât am stabilit dela început că avem de-a face cu o formă rară a toxi-infecțiilor alimentare și anume cu o *poliradiculită acută*.

Dăm observația câtorva cazuri:

1. — C. I. 30 ani. La 24 ore după consumarea de ficat de porc fiert (cartaboș) are senzație de frig, indispoziție generală. În aceeași zi are trei scaune moi, iar în următoarele 2 zile câte 6—7. Vărsături nu are. A doua zi apare un herpes labial. Tot timpul bolii a fost afebril. Dela începutul bolii acuză dureri foarte accentuate în regiunea lombară, având senzația că masele musculare îi sunt strânse în clește. Durerile radiază în membrele inferioare până la genunchi și se exacerbează la cea mai mică mișcare. Fenomenele dispeptice țin timp de trei zile.

Examenul obiectiv: aparatul respirator și circulator, re-

lațiuni normale. Prezintă o ușoară nesiguranță în mers, iar durerile din regiunea lombară și coapse se mențin, ameliorându-se progresiv în timp de o săptămână.

2. — A. K. 28 ani. La 36 ore după consumarea aceluiași aliment, prezintă un frison, temperatură ridicată, care timp de patru zile oscilează între $37,5^{\circ}$ — 39° . În prima zi varsă de două ori și are șapte scaune moi. Se administrează un purgativ salin. Văzută a patra zi de boală, bolnava nu mai prezintă decât o stare subfebrilă ($37,5^{\circ}$), fără alte fenomene subiective și obiective.

3. — G. M. 23 ani. La $1\frac{1}{2}$ oră după masă, are în repetate rânduri senzații alternative de fiori și căldură. Din prima zi are o cefalee foarte accentuată, la început difuză, iar în zilele următoare este localizată în masa musculară a cefei. Nu are acuze dispeptice, afară de o ușoară presiune în regiunea epigastrică. A doua zi are amețeli și se simte foarte slăbită. Are senzația de căldură. Este trimisă dela fabrica unde lucrează la medic, dar fără să-și dea seama ajunge acasă, unde cade jos, rămânând în stare de necunoștință timp de 6 ore. În această stare este adusă la clinică. Prezintă o temperatură de 41° . Se trezește cu o senzație foarte accentuată de amorțeală în membrele superioare, inferioare și buze. Următoarele cinci zile are dureri foarte accentuate în masele musculare a cefei, cu iradiieri în brațe și antebrațe; precum și în regiunile lombare cu iradiieri în membrele inferioare până la glesne.

Examenul obiectiv: Aparatul respirator și circulator normal. Reflexele tendinoase normale. Nu prezintă turburări obiective de sensibilitate. Examenul urinei negativ. Numărul leucocitelor și formula leucocitară normală. Examenul lichidului cefalo-rachidian negativ. După 8 zile de boală părăsește clinica complet restabilită.

4. — J. I. 37 ani. Primele simptome de boală îi apar după 36 ore dela consumarea cartaboșului la cantină. Este trezit noaptea de dureri abdominale foarte intense, localizate periumbilical. Are transpirațiuni abundente, amețeli, senzație de căldură alternantă cu fiori. În dimineața următoare are dureri în masele musculare a cefei, de intensitate foarte mare, cu iradiieri în membrele superioare, precum și dureri lombare cu iradiieri în coapse până la genunchi. Se prezintă a doua zi la lucru, însă este incapabil de a efectua cea mai mică mișcare din cauza durerilor. Abia se poate ține pe picioare. În primele trei zile a fost febril cu maximum de temperatură $38,3^{\circ}$.

Examenul fizic negativ: Numărul leucocitelor 6.400, cu formulă leucocitară normală. Examenul urinei negativ. Examenul materiilor fecale pentru bacili tifo-paratifici negativ.

După o săptămână de boală, se simte bine și părăsește patul.

Intr'adevăr, în cele 60 cazuri examinate de noi, am constatat că durerea — parestezia — avea *tipul*

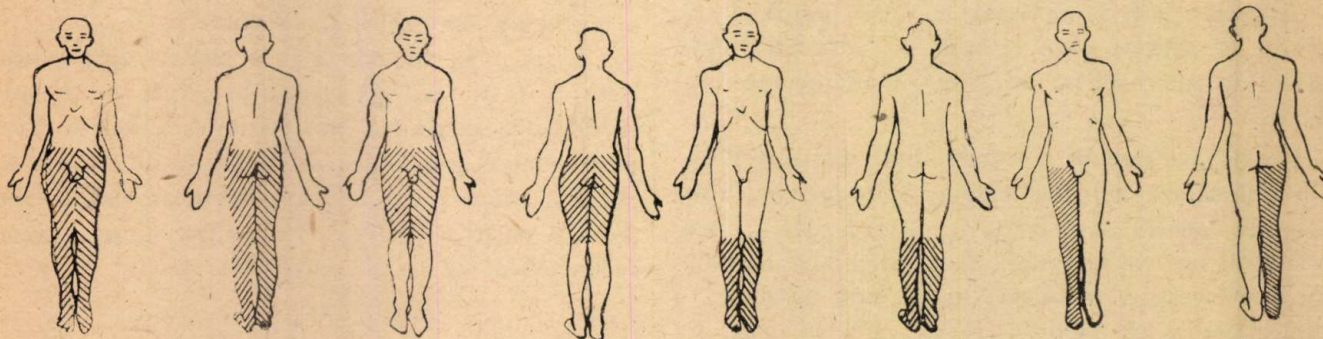


Fig. 1.

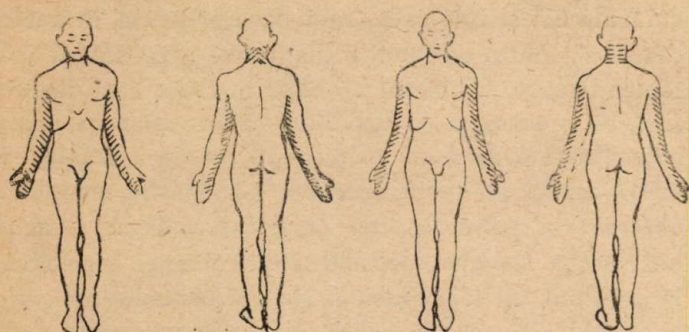


Fig. 2.

distribuției radiculare segmentare simetrice. Această distribuție, apoi caracterul violent al durerilor — trăda afecțiunea rădăcinilor posterioare, afecțiune caracterizată de obicei prin prezența turburărilor sensitive dureroase și lipsa turburărilor motorice.

În cazurile noastre, aceste *simptome iritative de tip segmentar* au fost de scurtă durată, constatându-se o durată dela 12 ore până la cel mult 4—5 zile. Durata scurtă a fenomenelor plădează pentru o *afecțiune mai mult inflamatorie*, cu alură transitorie a rădăcinilor posterioare. Neobservând nici într'un caz herpes zoster putem presupune că leziunea a fost strict localizată pe rădăcină fără a atinge ganglionii spinali, pentru a căror suferință herpesul zoster este caracteristic.

Examenul negativ al lichidului cefalo-rachidian în câteva cazuri cu fenomene mai pronunțate radiculare, vorbește pentru o pură radiculită, fără coafectarea meningelor (meningoradiculită). În unele cazuri, la care a survenit o incapacitate de a sta pe picioare și a merge, s'a putut presupune o *suferință asociată a măduvii spinării*. Aceste simptome însă de impotență funcțională s'ar putea explica și prin o astenie mare musculară, ori printr'o turburare funcțională medulară provocată prin excitația vecinătății, cum se observă în suferințele nervoase, când afecțiunea unei regiuni pune în vibrație și segmentele din nemijlocita apropiere. Astfel se prezintă afară de suferința radiculară sensibilă o coafectare și a segmentelor motorice (miomere), dând fenomene de parapareză și acestea cu caracter transitoriu. Este cunoscut, că

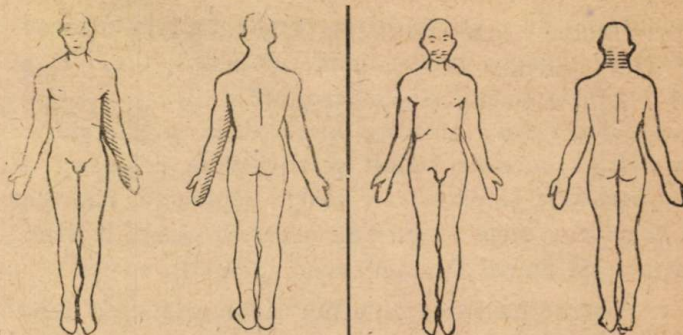


Fig. 4.

chiar și atingerea numai a rădăcinilor posterioare, dacă este întinsă pe mai multe segmente radiculare, cum a fost în cazurile observate de noi, poate deranja capacitatea de atitudine, de mișcare, dând simptome de pareză, de ataxie. Aceste turburări motorice în cea mai mare parte sunt datorite pierderii sensibilității profunde, semne foarte frecvente în afecțiunile rădăcinilor posterioare.

Tabloul clinic observat de noi în aceste toxi-infecții alimentare se aseamănă clinic mult cu *poliradiculonevrita acută* descrisă de Guillain-Barré. În cazurile noastre însă atât semnele lichidului cefalo-rachidian (iperalbuminosa), cât și turburările motorii mai accentuate au lipsit.

Ca localizare am observat următoarele tipuri:

Tipul lombosacrat (L_2-S_5) a fost cel mai frecvent, evoluând cu 3 subtipuri: a) *lombosacrat amputat* — cu iradiere până în genunchi; c) *lombosacrat segmentar parțial* — cu iradiere dela genunchi spre picioare. Iradierile de obicei au fost bilaterale, simetrice, în foarte puține cazuri au fost unilaterale. (Fig. 1).

Tipul cervico-dorsal (C_3-D_3) a fost destul de frecvent, cu subtipurile: a) *cervico-dorsal superior* (C_3-D_2) cu iradiere pe față externă a brațelor; b) *cervico-dorsal inferior* (C_7-D_3) cu iradiere pe față internă a brațelor. Și în aceste tipuri am observat localizări unilaterale. (Fig. 2).

Tipul cervico-dorso-lombosacrat (C_3-S_5), cu iradiere pe cele patru extremități, pe torace și lombo, având subtipurile: a) *lateral*; b) *hemilateral*, pe ex-

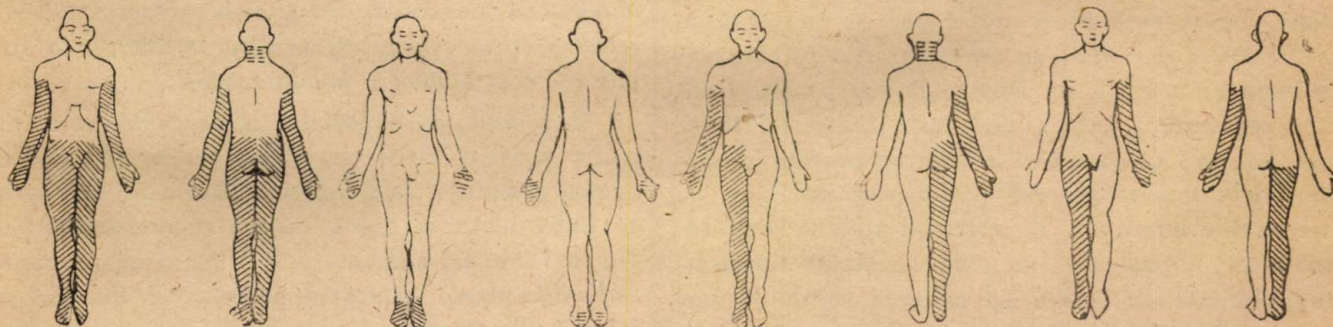


Fig. 3.

tremitățile de o parte; c) *incrucșat* extremitatea superioară stângă, extremitatea inferioară dreaptă și d) *periferic* (mâini și picioare). (Fig. 3).

Tipul cefalic cu zone iperestezice și parestezice la nivelul nervilor faciali și trigemeni, evoluând cu o iperestezie și parestezie foarte neplăcută, mai ales a buzelor. Aceste forme s'au observat numai la femei și în total numai la cinci cazuri. (Fig. 4).

Pentru ilustrarea tipurilor observate dăm schematic aspectele cel mai frecvente.

Toate cazurile au evoluat benign. După 5—7 zile fenomenele radiculare au dispărut în toate cazurile, observându-se în foarte puține cazuri o stare de debilitate musculară a extremităților inferioare. Și aceasta a dispărut după 1—2 săptămâni.

Simptomele descrise în cele 60 cazuri văzute de noi ne îndreptătesc să stabilim diagnosticul de *poliradiculită acută prin toxi-infecție alimentară*.

Neputând pune în evidență microbul, presupunem totuși o toxi-infecție din grupa salmonelozelor (*Paratyfus*, ori *coli-enteritidis*, etc.), printr'un microb cu o *toxina pronunțat neurotropă*.

Majoritatea a evoluat cu simptome aproape identice. Cazurile cu turburări numai gastrointestinale — vărsături, diaree, colice abdominale — au format un mic procent — abia 3% a îmbolnăvirilor. Simptomele gastrointestinale în genere au lipsit, ori au fost prezente în grad mic, numai în prima zi. Perioada febrilă inițială, cu o febră moderată ($37,5-38^{\circ}$), cu herpes discret al feței, a fost de scurtă durată, cel mult 1—5 zile. În foarte puține cazuri, temperatura destul de ridicată ($39-39,7^{\circ}$) a durat 3—5 zile. Pulsul normal, ritm regulat, scaun de enterocolită. Debutul febrei, în majoritatea cazurilor, s'a instalat cu fiori, în puține cazuri cu frisoane. În primele două zile am observat aproape în toate cazurile o cefalee foarte accentuată cu localizare mai ales frontală.

Simptomele care au dominat dela început tabloul clinic au fost durerile cu caracter paroxistic ori continuu, extrem de violente — laminante, fulgurante, electrizante, — localizate simetric ori asimetric la deosebitele segmente ale extremităților și trunchiului. Aceste dureri extrem de neplăcute se exagerau la mișcări active și pasive. În unele cazuri s'au observat parestezii cu senzații de amorteală, cu aceiași localizare segmentară. Afară de aceste fenomene dureroase, bolnavii aproape toți acuzau o senzație de oboseală, debilitate musculară pronunțată mai ales pe extremitățile inferioare. În teritoriul acestor zone dureroase ori parestezice nu s'au constatat turburări de sensibilitate nici taotilă nici calorică, s'a putut pune însă în evidență o foarte discretă diminuare a sensibilității profunde prin proba vibratorie. Reflexele atât

cutanate cât și cele osteotendinoase prezente, în unele cazuri s'a putut constata o diminuare a reflexelor osteotendinoase. Umbletul aproape în toate cazurile dificil, cu o senzație de debilitate și în puține cazuri o imposibilitate de a sta în picioare ori de a umbla, în unele cazuri un mers ușor atactic, spastic, simptom observat în poliradiculite. Zone iperestezice, semnul lui Kernig, Lasèque, sensibilitatea coloanei vertebrale la percuție, au fost absente. Nu am observat nici crize organice. În unele cazuri cu lipsa fenomenelor gastrointestinale, durerile atroce abdominale ar putea fi interpretate ca adevărate crize intestinale. Au lipsit și fenomenele vasomotorii și trofice.

S'ar putea obiecta că dureri — parestezii și pareze — în extremități survin des în toxi-infecțiile alimentare. Într'adevăr în formele gastro-intestinale grave cu pierderi mari de lichid, aceste fenomene sunt frecvente. În cazurile noastre însă, fenomenele gastro-intestinale ori au lipsit ori au fost foarte atenuate. Ceeace a dominat în cazurile noastre au fost simptomele nervoase. Prezența aproape numai a acestor semne dureroase ar putea să ne atragă atențiunea asupra unei toxi-infecții alimentare asociată de o infecție cu bacilul botulinic, însă lipsa fenomenelor bulbare în toate cazurile, exclude posibilitatea acestei infecții.

Din toate observațiile noastre rezultă că am avut de-aface cu o toxi-infecție alimentară prezentând tabloul clinic al suferințelor rădăcinilor posterioare. Lipsa febrei în cele mai multe cazuri, instalarea rapidă a fenomenelor în 2—24 ore, identitatea tabloului clinic, ne permit să presupunem că în această toxi-infecție alimentară rolul principal l-a avut nu microbul, ci *toxina microbială*. Această toxină, ca orice toxică dă același tablou clinic, factorul *teren* nu are un rol deosebit, cum se întâmplă în stările infecțioase microbiene.

Din observațiile noastre putem trage următoarele concluzii:

1. Doctrina din Kiel (Kieler Lehre) este confirmată și prin observația noastră. *Varietatea etiologică și epidemiologică a îmbolnăvirilor prin toxi-infecție alimentară* (paratyfus). *Varietatea extraordinară a microbilor din aceste grupe explică variabilitatea epidemiologică și clinică a îmbolnăvirilor*.

2. Identitatea tablourilor clinice, observată în cazurile noastre, cu o simptomatologie caracteristică pentru suferința rădăcinilor posterioare, ne permite să individualizăm afară de *gastroenterocolita acută* din toxi-infecția alimentară și o formă clinică cu *poliradiculită acută — forma nervoasă a acestor toxi-infecții alimentare*.

3. Punerea în evidență a microbului nu a reușit.

Aceste examinări s'au făcut în institutul de igienă, care a ajuns tardiv în posesiunea materialului de examinat. Constatările clinice și epidemiologice totuși ne permit să presupunem o toxi-infecție alimentară cu un microb din grupa paratífus-enteritides și

astfel ne luăm libertatea de a-l numi pe acest necunoscut, *tipul necunoscut „Dermata“*.

CLINICA MEDICALĂ I.

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

Mieloză aleucemică megacariocitară (Reticulo-mieloză eritroblastică cu megacariocite)

de

Prof. Dr. Titu Vasiliu

și

Dr. V. Dahnovici

Studiul leucemiilor nu încetează de a fi obiectul cercetărilor clinice și experimentale, găsind un prețios ajutor în metoda punctiilor în timpul vieții a măduvei osoase, splinei, ganglionilor și a ficatului. Grație acestei metode s'au putut preciza unele amănunte în structura elementelor celulare sanghine, probându-se astfel mai bine filiația lor, aducându-se noi contribuții la patogeneză și nozografia unor forme încă neincadrate. Sindromul mielozei aleucemice ar începe să fie cunoscut cu publicația lui Hirschfeld în 1914, în care autorul descrie această formă de leucemie numind-o „aleucemie mieloidă“, făcând o revistă critică asupra tuturor cazurilor culese din literatura medicală, până la acea dată și cari s'ar încadra în acest sindrom, după caracterele hematologice descrise de atunci, în același timp publicând observațiile câtorva cazuri studiate de el.

Acest sindrom este mult mai rar decât cel al leucemiilor cu expresie sanghină și interpretarea histogenetică și nosologică, încă nu este cea definitivă.

Este un cadru sindromatic bine conturat clinic și anatomopatologică, a cărui diagnostic se face mai ușor prin ajutorul punctiei splenice și sternale.

Boala se întâlnește la toate vârstele, dar mai des în cea mijlocie, pare mai deasă la femei. Dureri în hipocondrul stâng la apăsare, periombilicale și chiar dorsale, cari pot conduce greșit către o afecțiune renală (cazul Bianchi). Anemia este simptomul care a atras atenția tuturor celor ce le-au observat însoțită de o astenie, cu o ușoară slăbire a forței musculare. Splenomegalia este prezentă în acest timp dând înfățișarea unui sindrom splenic anemic. Dimensiunile splinei sunt descrise de cei mai mulți autori ca foarte mari, cântărind între 1500 și 3500 gr. mergând până la simfiza pubiană (Mizon) ca în mielozele pure. Ficatul câteodată este și el mărit, dar de cele mai multe ori este normal. În această fază se face diagnosticul de Anemie splenică sau Boala lui Banti; de cele mai multeori rămânând la acest diagnostic se propune

intervenția chirurgicală. Examenul hematologic este indispensabil, dar tocmai interpretarea lui poate conduce la facerea diagnosticului greșit. Numărul globulelor roșii de multe ori nu dă cifre prea mici. Examenul calitativ nu dă indicații și nu are o caracteristică în cele mai multe cazuri. În unele cazuri totuși se găsesc elemente tinere din seria mielocitară și cea normoblastică. Timpul de coagulare și sângerare nu sunt schimbate. Temperatura puțin urcată, dar ajunge în unele cazuri până la 39, fără cauze apreciable. Cazuri cu febră, sunt foarte rare (Heilmeyer). Simptomele din partea organelor principale sunt puțin analizate și judecând chiar după observațiile clinice făcute în mieloză aleucemică nu ne putem aștepta la fenomene concrete observate la inimă, schelet, plămân și chiar în rinichi. Pe piele nu au fost descrise leziuni în nici unul din cazuri, leziuni asemănătoare ca acelea din mieloză. O puncție splenică ar putea să elucideze diagnosticul, și este chiar indicată în cazurile unde se ezită cu drept cuvânt între Boala Banti sau alte sindroame hepatosplenice. Puncția sternală dă de asemenea indicații și ajută la diagnostic, mai cu seamă prin negativitatea ei. Dureri în hipocondrul drept, astenie, slăbiciune. Ficatul este mărit. Rareori adenopatii. Mersul încet. Se socotește o durată de 4 ani (Cazal).

Observația personală: C. V. femeie de 30 ani. Nimic de notat în antecedentele heredo-colaterale, în cele personale reumatism, gripă cu laringită. Menstruația regulată, iar după căsătorie neregulată și abundentă. În anul 1936 după o naștere, se simte foarte slăbită și pierde mult din greutate. Simte dureri paraombilicale, cari merg în fosa iliacă și în hipocondrul stâng cât și în epigastru deși nu au nici o legătură cu alimentația. Dureri de cap, amețeli. Este internată într-o clinică din Cluj de unde iese ameliorată. Peste aproape doi ani fenomenele reapar, mai accentuate, apare senzație de greutate post alimentară, dar care sunt puse pe seama celei de a doua sarcină în curs. După un an, fenomenele se instalează din nou, cu senzație de balonare, tensiune în flancul stâng, crescând tot mai mult. Este constipată și apetitul este scăzut. Se internează în clinică.

La examenul somatic nu se găsesc ganglioni măriți, abdo-

menul nu este mărit, având circonferință normală, dureri la palpare în unele puncte. Splina se palpează pe 3 laturi de deget sub coastele false, ajungând până la ombilic. Ficatul nu este mărit. Urina clară, acidă, ders. 1025. R. W. negativ, Met. bazal +5. Ex. sanghin: No. glöb. roșii 2.400.000, leucocite: 4.400. Pol. neutro. 64%, limf. 20%, monocite 15%, Pol. bazofile 1%. Timpul de sângerare 3 minute, timpul de coagulare 7 minute. Doz. ferului pe nemâncate 168 gr., la $\frac{1}{2}$ oră după injec. Fe.=213%, la 6 ore după inj. Fe.=153%, la 24 ore după injec. Fe.=81%. (Obs. Cl. Med. I. Prof. Hatieganu).

Se face diagnosticul Boalei Banti și se face splenectomia la Cl. Chirurgicală Cluj (Prof. A. Pop). Mersul postoperator bun. Splina se trimite pentru examenul histo-patologic la Inst. de Anat. Pat. Cluj.

Bolnava se examinează mai departe venind la diferite intervale la Clinică pentru controlul hematologic. Se simte bine, dar nu este decât o ușoară ameliorare. În 1940, doi ani după splenectomie intră în Spitalul din Turda, unde se constată ficatul mărit. Starea ei nu este bună, slăbire accentuată. Nu avem date despre starea anemiei. În 1941 după un an intră la spitalul din Sibiu (Serv. Dr. C. Manta), unde se constată ficatul mărit sub coaste.

Ex. sanghin: Pol. neutro 77%, bazofile 1%, eozinofile 3%, limfocite 9%, monocite 6%, mieloblaști, mielocite 4%. Numeroase hematii nucleate.

Diagnosticul clinic paralizia facialului drept. Hemipareză dr. Sucombă după puțin timp. A trăit aproape trei ani după splenectomie.

Examenul anatomo-patologic al splinei:

Capsula este puțin îngroșată având pe suprafață bande de fibre conjunctive cu vase de neoformațiune acoperite de endoteliu cu un strat de fibrinoid. Pe suprafață de secțiune se vede o structură omogenă deasă celulară străbătută de rețeaua de cordoane groase cu vase mari, groase, pline de mase de hematii și numeroase leucocite. Nu se vede cu numărul mic (8X) bande intercelulare, se văd doar spații numeroase goale limfatice sau sinusuri, cât și vase mici pline cu sânge. Se văd pe fiecare câmp 2—3 celule mai mari, cu un nucleu tachicromatic de formă alungită. Cu obiective mai puternice (40X și 90X) se distinge o varietate mai mare de celule decât în splina obișnuită. Nu se disting corpusculi malpighieni, ci numai arteriole izolate.

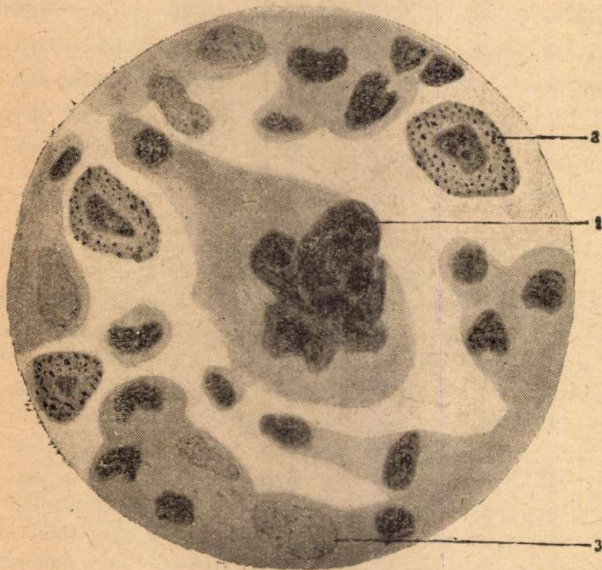


Fig. 1.

1. Cel. megacariocitarii. 2. Cel. eozinofilii. 3. Cel. reticularii.

Între celulele descrise se văd hematii libere. Sinusurile sunt goale, iar endoteliile sunt proeminente în lumină părând mai mari.

1. Celulele eozinofile în număr foarte mare, încât se văd chiar cu un obiectiv mai mic. Unele au un singur nucleu dând aspectul mielocitelor eozinofile.

2. Celulele cu caracterele mieloblastelor, cu protoplasmă bazofilă, nucleul cu nucleoli.

În lame colorate cu methyl. grön-pironină, protoplasma acestor celule este roșie intens (bazofilă). Sunt celule mai mari decât cele limfocitare, din care se găsesc puține.

3. Celulele eritroblastice de diferite mărimi cu protoplasmă mai mare sau mai mică, acidofilă.

4. Celule cu nucleu tachicromatic cu aspect colțurat mai mult în formă de bastonaș; nu se distinge nici o structură. Protoplasma este acidofilă netedă fără granulații. Sunt celule tinere mieloide în cariochineză, unele cu aspect de eritroblaști tineri în mitoză sau chiar celule din seria mielocitară tinere. Aceste celule se găsesc în sinusurile cât și în cordoanele perisinuzale. Celulele acestora reticulo-endoteliale sunt mai mari, însă nicăeri nu se văd forme de tranziție pentru a putea afirma că ele se transformă în celulele mobile descrise mai sus.

5. Pe lângă aceste celule vădit din seria hemo-mielocitară, se văd celule mai mici, cu nucleul ovoid și protoplasmă ca o bandă subțire împrejur, ușor bazofilă. Unele sunt limfocite altele limfoblastice, iar altele sunt probabil celule reticulo-endoteliale mici, denumite plasmocitare (Rohr). Această afirmație se poate face numai pe comparația făcută între studiul pe lame din punția sternală și cea splenică; în secțiunile histologice se pot doar deduce.

Asemenea cazuri au fost descrise de Rathery (1902) și apoi de Danhauser, dar numai după studiul de mai târziu al lui Hirschfeld din 1914, s'a încheiat sindromul în cadrele lui actuale, adică între stările leucemice. Favre, Croizat și Guichard (1932—34) le-a numit *Mieloze aleucemice megacariocitare* bazându-se pe cazurile lor proprii, cât și pe cazurile publicate până atunci în literatură. Firket și Campos, Dubinskaja, Gaudier și Houcke, Dustin (1938), Lindeboom, ș. a., au complectat studiul anatomo clinic al sindromului acesta.

Lindeboom, descrie o formă specială de mieloză aleucemică acută megacariocitară, care s'a găsi la femeile de vârstă mijlocie, mai ales cu splină mare și ficat mare și eritroblaste în sângele periferic, anemia fiind puțin intensă și o ușoară leucocitoză; în splină erau focare mieloice, cu megacariocite, oarecum separate de restul țesutului; măduva osoasă era puțin afectată ci numai o proliferație a celulelor reticulo-endoteliale. Autorul consideră această formă ca una intermediară între leucemii și endotelioze, numindu-o *Endotelioză hematopoetică hepatolienală*. Autorul a avut două astfel de cazuri și a cules 13 asemănătoare din literatură, unde fusese publicate sub numele de Eritroblastoză și Eritroleucemie. Downy și Nordland publică un caz pe care îl numesc *Hepatospleno-megalie mielo-megacariocitară* și unde extirparea splinei a fost defavorabilă (cit. după Helmeyer).

Numirea sindromului a fost diferit după concepția și cunoștințele asupra elementelor sanghine și a transformării lor patologice în diferitele condițiuni cauzale. Cunoașterea sistemului reticuloendotelial a adus modificări în încadrarea boalei acesteia, cât și a multor alte sindroame sanghine foarte puțin conturate până atunci. Acest „Sistem” numit de Aschoff reticuloendotelial (R. E.) a suferit modificări în concepția lui, dându-i-se numiri mai corespunzătoare cu cuprinsul lui morfologic și funcțional. Cuvântul de *Sistem reticulohistiocitar*, dat de școala italiană cu Ferrata, a găsit multă aprobare, însă tot vechiul cuvânt a rămas mai utilizat. Termenul de *Mezenchim activ* (Cazal) este deasemenea bun, dar afară de foarte puțini adepți, nu este uzitat. Un nume bun este cel de „Retotel” sau *Sistem retotelial*, propus de Roessle și Ogata, care ar însemna toate celulele reticulare și endoteliale, celule fixe active cu proprietatea de a acumula (acțiune metabolică de depunere). Noi întrebându-ne denumirea cea mai corespunzătoare de S. reticulohistiocitar (R. H.) care cuprinde atât celulele reticulare ale organelor hematoformatoare cu celulele endoteliale ale sinusurilor splinei, a capilarelor hepatice (cel. Kuppfer) și a sinusoidelor capsulelor suprarenale, cât și celulele libere ale țesutului conjunctiv, tinere, capabile de metamorfoză: *Histiocitele*. Cunoașterea acestui sistem, a dus la lămurirea a unui mare grup de sindroame, cari constau în modificarea morfologică și funcțională a acestui sistem, cele mai multe fiind „boale” cari au un caracter de răspândire la tot acest țesut, prin cauze cari sunt încă puțin cunoscute. Aceste cauze sunt totuși în linii generale stabilite și anume: cauze inflamatorii, turburări de metabolism, cât și condiții de hiperplazie simplă sau tumorală. În aceste cadre, se așează un număr mare de sindroame, constituind un capitol mai mare de patologie al acestui sistem numit așa de bine cu numele de *Reticulopatii*, de către Pagès și Cazal, în frumoasa monografie a celui din urmă, apărută în anul 1942.

Unul din noi (Titu Vasiliu ce s'a ocupat cu sindroamele sistemului R. H. într'un studiu făcut asupra unui număr de peste 30 de cazuri de reticulopatii cu substratul anatomopatologic de hiperplazie al acestui țesut, răspândit în tot corpul (în Ann. de L'Inst. Babeș). Pe aceste considerațiuni este de văzut cum interpretăm în cazul nostru prezența megacariocitelor și a elementelor hemo-mielocitare găsite în splina extirpată și unde punem acest sindrom. Megacariocitele sunt celule mieloidale adulte produse în măduva osoasă și neîntâlnite în alte organe de cât în împrejurări patologice, cum sunt acelea cari constituie sindromul de care ne ocupăm acum și nu apar în alte organe în mod

secundar, ca „compensație” în alterarea funcțiunei măduve osoase. În acest fel este vorba de un sindrom leucemic netăgăduit. S'au descris celule mai tinere și mai anormale de cât megacariocitul: *trombocitoblastul* (Hagio, Akagi, d'Amano), dând un sindrom oarecum asemănător mielozei aleucemice. În acest mod putem interpreta sindromul nostru, ca făcând parte din grupul *reticulozelor*, care termen rămâne rezervat pentru hiperplazii reticulare. Prezența în cazul nostru de celule reticulare este netăgăduită, după cum am arătat mai sus, și formează numărul cel mai mare de celule ale splinei, și probabil al măduvei osoase, iar megacariocitele sunt numai o mică parte din ele. Este deci și aici o reticuloză, amestecată cu o hiperplazie de celule trombocitoblastice ca în forma descrisă de Hagio. Cazul clasează această formă într'un grup de reticuloze pe care-l numește *Reticuloze histiomonocitare*, asociate, care ar conține patru clase: 1. Reticuloze trombocitoblastice, 2. Reticulomieloze eritroblastice, cu megacariocite și fără megacariocite. 3. Alte reticulomieloze și 4. Reticulolimfoze. Dăm această clasificare pentru a se vedea legătura nosologică cu celelalte sindroame și extinderea pe care o ia cunoașterea celulelor reticulare și sindromul către o clasificare mai sistematică și generală. (Titu Vasiliu, l. c.).

Legătura cu Limfogranulomatoza Hodgkin-Paltauf-Sternberg, se face prin asemănarea megacariocitelor cu celule Sternberg. Formele se deosebesc însă între ele, origina lor fiind aceeași: celula retico-histiocitară. Condițiile cauzale diferă: Prima este o reticuloză inflamatorie iar mieloza aleucemiă o hiperplazie simplă. Mecanismul patogenetic greu de imaginat. Histogenetic este o deosebire între sindromul Banti și reticuloza noastră? Sindromul Banti în aceste vederi, este tot o *reticuloză inflamatorie fibroasă* (Cazal) alături de Boala lui Hanot, prima fiind anicterică iar cea de a doua icterică. *Splenomegalie cirogene*, sunt deci Reticuloze hepato-lienale, grupe deosebite însă caracterizate prin același substrat anatomopatologic. În cazul nostru a fost făcut diagnosticul de Boala lui Banti, oarece nu s'a confirmat prin examenul splinei după splenectomie. Prezența de noduli siderofili Gamna ne îndreptățește să credem în posibilitatea unei infecții micotice a splinei și deci într'o reticuloză infecțioasă. Cercetările experimentale au dus la ideea unor virusuri în producerea stărilor leucemice și a reticulozelor, încât nu este de înlăturat o cauză infecțioasă — în ambele procese: leucemice și tumorale.

LITERATURA.

Akagi și Hagio: Folia Haemat. 3. 1939. — Barth: Virchow's Archiv. 256, 693, 1935. — Chini: Policlinico, 43. 1936. — Chio-

ni: Arch. Pat. e clin. medica. 18. 1938. — Donhauser (J. L.): Jour. exp. Med. 10. 1908. — Dubinskaja: Virkows Arch. 270. 1928. — Dumont (Ch.): These Lyon 1933. — Dustin (A. P.): Bull. Acad. R. Belgique 1938. — Duvoir Poilet: Soc. med. Hop. Paris, 1941. — Emile-Weil, Isch-Wall et Perles: Sang 7. 1936. — Emile-Weil: Ann. de Medicine 43, 1938. — Ewald: Detsch. Arch. Klin. Med. 142, 1923. — Favre, Croizat et Guichard: Ann. de Med. 35, 1934. — Firket, Campos: Bull. John Hopckins hops 33, 1922. — Cazal Pierre: Les Réticulopathies et la Système réticulohistiocytaire. Vigot. Fr. 1942. Paris. — Hagio (K.): Jap. J. of med. Sc. 4, 1932. — Heilmeyer L.: Blutkranheiten H. Inn.

Med. II. B. 1942. Springer, Berlin. — Medlar (E. M.): Folia Haem. 53, 1935. — Mizon: These Lille 1930. — Hirschfeld: Zeitsch. f. klin. med. 126, 1914. — Lehdorf: Soc. Ped. Wien-ne 9. VI. 1934. — Lelong: Paris med. 1937. — Lindeboom: Acta med. Scan. 95, 1938. — Mattaeus: Zieg. Beitr. — Mouriquand et Wenger: J. Med. Lyon 1941. — Olmer et Paillas. Soc. fr. Hôat. 1934. — Raibaque et Jouve: Bull. soc. med. Hop. Paris, 1937. — Titu Vasiliu: Ard. Med. Nr. 3, 1945. — Villa (L.): Arch. path. e clin. med. 6, 1927. — Waitz Horner: Le Sang 12, 1938. — Waitz et Walter: Ann. de med. 44, 1938. — Wuyts (A.): Le Sang. 5, 1931.

Contribuții la tabloul clinic al Dermatomiositei

de

I. Hatieganu

și

A. Faur

În literatura medicală sunt cunoscute abia 280 cazuri de *dermatomiosită*.

Etiologia și patogenia nefiind lămurită, iar *tabloul clinic* încă nedelimitat, publicarea cazurilor de *dermatomiosită* este indicată.

Înainte de a face cunoscut cazul nostru, vom încerca să constituim tabloul clinic utilizând literatura și observația noastră.

Boala debutează de obicei insidios cu dureri ale extremităților mai ales inferioare. Evoluția poate fi *acută subacută și cronică*.



Fig. 1.

Formele acute sunt caracterizate prin febră ridicată fără un caracter și prin apariția și dezvoltarea rapidă a simptomelor. *Formele subacute* durează mai îndelungat cu aceleași fenomene.

Formele cronice evoluează în puseuri, perioade evolutive alternează cu perioade de remisiuni uneori destul de lungi. În tot timpul bolii febra este foarte variată. Uneori are un caracter septic, alteori este moderată, prezentându-se undele febrile paralel cu fenomenele de exacerbație și remisiune. Leucocitoza este foarte discretă, rareori se constată o ușoară eusinofilie (4—5%). Viteza de sedimentare este de regulă puțin mărită.

Simptomele caracteristice sunt: *edemul generalizat, inflamația difuză a musculaturii și leziunile cutanate*.

Această *triadă simptomatică* dă cadrul tabloului clinic — tablou care este foarte variat după gradul și întinderea acestor procese.

Edemul generalizat prin întinderea pe extremități și mai ales *pe față* este foarte impresionant. *Edemul feței* se localizează uneori pe palpebre având întreaga regiune orbitală o culoare roșie-brună, imitând „eritemul de ochilari”, iar edemul feței are o culoare palidă asemănătoare celui Brightic. Edemul ia proporții mari pe extremități mai ales la nivelul musculaturii atinse. Edemul în general este dur și deseori brun pigmentat.

Inflamația difuză a musculaturii poate interesa întreg sistemul muscular striat. Se localizează însă mai deseori pe musculatura extremităților, exceptând mușchii mâinii și piciorului. În formele grave sunt atinși și mușchii toracici și cei de deglutiție, dând simptome nete de dispnee dureroasă și de turburări de deglutiție. Rareori se observă și acțiunea mușchilor laringelui (*Mucomiosita*),

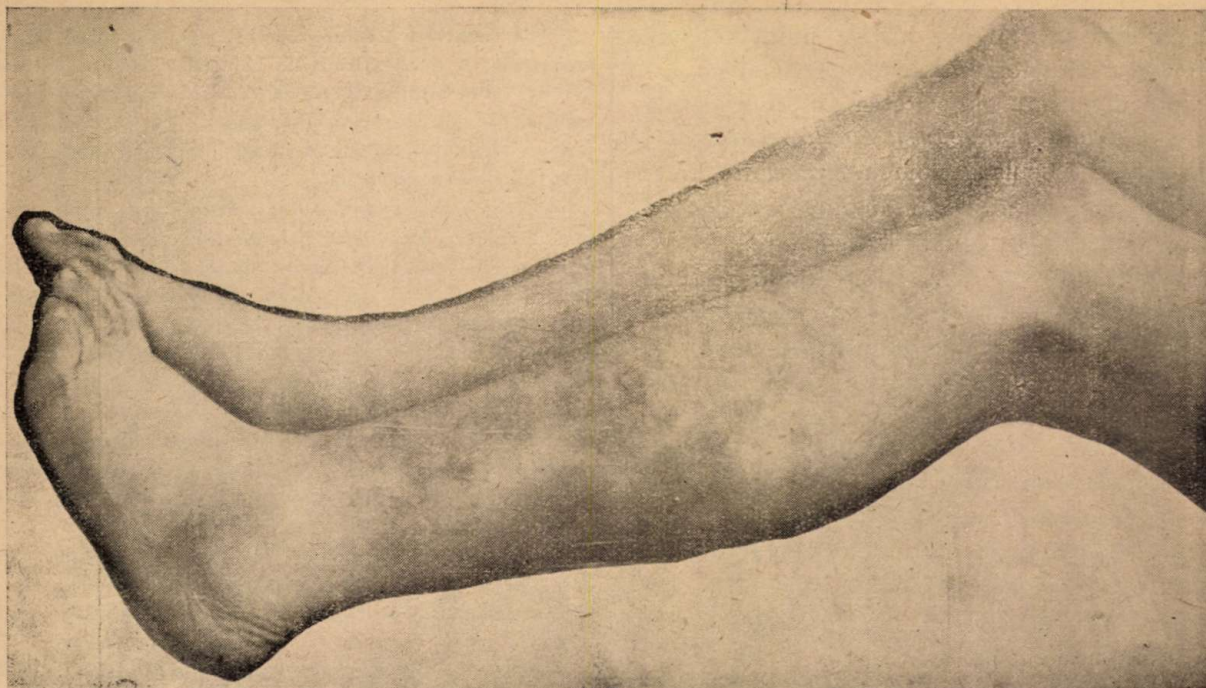


Fig. 2.

Musculatura inflamată prezintă o tumefacție difuză dureroasă, de consistență dură, cu sensibilitate foarte pronunțată. Fiind localizată în cele mai multe cazuri pe extremitățile inferioare bolnavul nu poate sta pe picioare, nu poate umbla. Bolnavul stă în pat plin de dureri, silit a lua cele mai bizare poziții și a evita orice mișcare.

Leziunile cutanate se observă cu deosebire la nivelul musculaturii inflamate. Tegumentele afară de edemul dur prezintă nodosități variate ca mărime, bine distincte, ori camuflate, foarte asemănătoare cu cele din eritemul nodos. Tegumentele, mai ales la nivelul nodosităților sunt pigmentate brun, cu o tendință spre desquamație și atrofie. În cursul bolii aceste colorații suferă modificări de culori, pe o scară întinsă — cum se observă și în eritemul nodos. Uneori colorația cutanată merge spre scleroză, imitând o sclerodermie, ori imită tuberculoza cutanată (Lupus-tuberculide).

Leziunile nervilor periferici sunt amintite de unii autori (Senator). Majoritatea autorilor însă nu constată semne de suferință a nervilor periferici.

Evoluția este foarte variată. Cu simptomele cardinale amintite, boala evoluează acut, subacut ori cronic. În formele acute mortalitatea este destul de mare (40—70%), în cele cronice mortalitatea este mai redusă (20—30%). Vindecarea se face foarte încet și în multe cazuri cu atrofii importante musculare — ceea ce dă stări variate de incapacitate de muncă.

Complicațiile cele mai frecvente sunt de natură

septică. Se observă mai ales flegmoane ori pneumonii.

Diagnosticul este foarte dificil — mai ales că observăm foarte rar cazuri de dermatosită și astfel tabloul clinic este foarte puțin cunoscut. Diagnosticul diferențial se face față de trichinoză, polimiosită, polinevrită, nefrită, periarterită.

Prognosticul este destul de sever, observându-se o mortalitate mare. Evoluția mortală se observă și în cazurile cu o alură la început destul de benignă.

Tratamentul tinde la o influențare a metabolismului apei și a musculaturii. Până acum s'au încercat cu rezultate bune extracte de glandă tiroidă, glande sexuale, supra-renale, salyrgan.

Cunoscând tabloul clinic, să vedem care sunt constatările etiopatogenetice și anatomopatologice.

Etiologia este necunoscută. Se discută deosebite cauze. Unii autori presupun o *infecție specifică* sau un *toxic specific* — considerând dermatomiosita ca o *boală cauzată de un agent specific*. Alți autori fac legătură cu cele mai variate boli infecțioase (scarlatină, angină, reumatism acut) și astfel o consideră de un *sindrom datorit multor cauze*, unii presupun că ar fi o *boală alergică*.

Patogeneza este tot așa de obscură. Unii o consideră ca o *afecțiune a sistemului muscular și cutanat*. Alții (Schuerman) ca o *afecțiune generală datorită turburărilor circulatorii în teritoriul circulației periferice și viscerale* — deci ca o *afecțiune vasculară* — care favorizează o inflamație seroasă mai ales în tegumente și musculatură. Unii din acești autori presupun, că reumatismul ar avea un rol determinant —

insă istologic nici într'un caz nu s'a putut constata leziuni istologice caracteristice pentru reumatism.

În timpul din urmă majoritatea autorilor opiniază pentru o *afecțiune numai a sistemului muscular și cutanat*. Leziunile vasculare trombo-obliterante, endoarterită (Fahr), intumescența endotelovasculară (Althoff) sunt considerate ca alterații secundare.

Anatomia patologică. În țesutul muscular se constată un proces degenerativ al fibrelor musculare, un edem interstițial, cu infiltrație limfocitară perivasculară. Locul musculaturii degenerate îl ocupă un țesut conjunctiv. În țesutul cutanat se constată infiltrație limfocitară perivasculară și interstițială. Leziunile vasculare sunt descrise foarte rar (Fahr și Althoff). Alterațiile degenerative, infiltrațiile precum și edemul din țesuturi nu sunt similare celor din reumatism și nici identice cu cele din inflamația seroasă.

Din observația noastră și din literatură putem ajunge la următoarele concluzii:

1. *Dermatomiosita este o afecțiune a sistemului muscular și cutanat* cu tablou clinic destul de caracteristic.

2. Simptomele cardinale sunt: *edemul generalizat și al feței — tumefacția musculaturii mai ales a extremităților și alterațiile inflamatorii ale tegumentelor* — în cadrul unei stări generale toxi-infecțioase.

3. *Etiologia este necunoscută, iar patogeniza se explică printr'un proces inflamator al țesutului muscular și cutanat.*

Observația noastră se referă la bolnavul H. D. de 21 ani, căsătorit, lucrător din Dej, jud. Someș, care intră în clinica noastră la data de 8 August 1945, pentru acuzele următoare: Febră înaltă, edem foarte pronunțat al feței și al extremităților inferioare, imposibilitate de a umbla din cauza lipsei de forță și a durerilor mari musculare. În antecedentele personale relevă următoarele: înainte cu 4 ani bronșită. Neagă boli infecto-contagioase și venerice; fumează 20 țigări la zi, consumă moderat și ocazional băuturi alcoolice.

Boala actuală datează de trei luni, când a debutat brusc cu tumefierea pleoapelor inferioare, tumefiere care în curs de două zile se accentuează și se extinde la întreaga regiune palpebrală și la față, ascensiuni febrile până la 39°, indispoziție generală. Cu aceste acuze bolnavul se internează într'un spital din provincie, unde i se administrează ultraseptil și cardiotonice, însă tratamentul aplicat nu dă nici un rezultat. Bolnavul continuă să prezinte febră, cu un caracter intermitent, neregulat, cu exacerbațiuni vespérale până la 40° și remisiuni matinale până la 37,5—38°.

Edemele devin din ce în ce mai pronunțate, interesând față și îndeosebi pleoapele.

Apoi se adaugă și alte simptome, dureri musculare accentuate în extremitățile inferioare și lombe, cefalee, o stare de astenie pronunțată, din când în când frisoane, apoi apar edeme pe picioare, gambe, coapse fără să intereseze articulațiile. În același timp observă apariția pe gambe și coapse a unor pete roșii-violacee de diferite mărimi. Durerile în picioare devin tot mai pronunțate, iar forța musculară scade atât de mult, încât bolnavul este imobilizat la pat.

Cu aceste fenomene stă internat în spital aproape trei luni, unde — după afirmațiile bolnavului — i s'a pus diagnosticul de febră tifoidă și tratat în consecință, însă fără nici un rezultat. În ultimile două săptămâni acuza amintite se agravează și bolnavul, la sfatul medicilor, se hotărăște să se interneze în Clinica Medicală.

Examenul obiectiv: bolnav de statură mijlocie, tip leptosom. Prezintă edeme mari palpebrale, la față și la membrele inferioare, intensitatea edemului descrescând spre rădăcina membrilor. Tegumentele în regiunile edemate ale extremităților inferioare prezintă un eritem întrucâtva asemănător eritemului nodos, se constată pete roșii, violacee, de diferite mărimi, care au la bază o infiltrație ușor dură, a cărei limite se pierd pe nesimțite în țesuturile vecine, fără să dea senzația unor noduli ca în eritemul nodos. Pielea este întinsă, îngroșată și infiltrată, uscată. Palparea grupelor musculare tumefiată dă senzația unui edem dur, iar bolnavul semnalează dureri mari la presiunea mușchilor.

Forța musculară diminuată. Durerile mari pe care le are bolnavul la cea mai mică mișcare, îl țin imobilizat în pat. Toracele, extremitățile superioare, mușchii deglutiției nu sunt interesați.

Reflexele osteotendinoase, patelare și achiliene foarte exagerate. Reflexele cutanate păstrate.

Sensibilitatea tactilă și termică nealterate, sensoriul clar. Aparatul respirator, afară de o ușoară stază hilară constatată radiologic, nimic deosebit. Aparatul cardio-vascular: inima mărită ușor în sens transversal, zgomotele cardiace clare, ritmice, bine bătute, ușor tachicardice 100—110 pe minut.

Tens. art.=11—7 cm. Hg. (ap. Vaquez-Laubry). Ecg.=T₁₁₁ turtit, Q₁₁₁ pronunțat.

Oscilațiile în 1/3 inferioară a gambei stângi=2 div., iar în 1/3 sup.=3½ div.; la gamba dreaptă 1½ respective 3 div.

Examenul aparatului digestiv și al abdomenului nu arată nimic deosebit.

Ficatul în limite normale. Splina ușor mărită, palpabilă, moale și puțin sensibilă.

Din partea aparatului genito-urinar obținem relații normale. Urina de culoare galben închisă, dens.=1025, albumină, puroiu, zahăr=negativ, iar în sedimentul urinar foarte rari leucocite. Diureza 1300 cmc. în 24 ore. Temperatura la internare 40° C., pulsul 110. Examinările sanghine: leucocite=5.800, hematii=3.400.000, hemoglobină=65%. Tabloul sanghin: Polinucleare neutrofile=76%, limfocite=19%, monocite=5%, eozinofile=0. Azotul ureic în sânge=44 mgr%. Viteza de sedimentare: la 2 ore — 47 — (Westergren).

R. Widal=negativ. R. Wright=negativ. Reacțiile: Wassermann-Bordet, Khan, Sachs-Witebski=negative. Puncția sternală mieloblasti=12%, promielociți=1%, mielociți neutrofili=16%, mielociți eozinofili=2%, metamielociți neutrofili=22%, polinucleare=17%, limfociți=12%, normoblasti=14%, eritoblasti=2%, megaloblasti=2%.

Examenul lichidului cefalo-rachidian: tensiunea 18—26 (ap. Claude). Reacția Pandy și Nonne-Apel=negativ. Cifra Fuchs-Rosenthal=2 limfocite mmc. Examenul histopatologic al biopsiei recoltate din pulpa gambei drepte: Se constată o hiperplazie a țesutului conjunctiv, insule multiple de infiltrație leucocitară în țesutul conjunctiv, grăos și mai ales în jurul vaselor. Pereții unor vase prezintă o hiperplazie netă a intimei cu infiltrație leucocitară în medie și adventiție. Aceleași alterații și în țesutul muscular într'un grad mai mic. (Inst. de Anat. Patologică).

Bolnavul stă sub observația noastră clinică până la 29 Sept. 1945, deci aproape două luni.

În acest interval evoluția bolii expusă în mod succint este

următoarea: Curba termică foarte neregulată, fără nici un caracter, perioade de 2—4 zile febrile până la 39°, cu remisiuni de 1—2 grade, alternând cu perioade de 2—3 zile de subfebrilități sau chiar afebrilitate, iar dela 28 August devine complet afebril. Curba diurezei în tot timpul a fost foarte variată, zile de diureză mică (600 cmc.) alternau cu zile în care diureza atinge uneori 3000—4000 cmc. deși cantitatea de lichide consumate a fost aproximativ aceeași. În general fazele de poliurie coincideau cu perioadele febrile. Pulsul a oscilat între 90—100.

Tratamentul aplicat a fost cu sulfamide (Dagenan), apoi piramidon, calciu, chinină, cardiotonice periferice, tonice generale, vitamine, fără rezultat până în 3 Sept 1945, când i se înlocuiește tratamentul cu *reticulina M* în injecții subcutanate, zilnic 2×2 cmc., cu rezultate surprinzătoare relevate și de bolnav deja după primele injecții, în sensul că durerile și edemele cele dela față au început să cedeze treptat și bolnavul a putut să-și reia mișcările și să umble, după aproape patru luni de pat.

La data plecării din clinică, în 29 Sept., edemele faciale reduse aproape complet, iar ale membrelor inferioare de asemenea foarte mult regresate, dureri nu mai prezenta, umblă singur, neprijinit, însă este slăbit în greutate și forțele fizice, extremitățile inferioare subțiate, cu musculatura atrofiată.

Bolnavul după părăsirea clinicii stă încă în observația noastră, starea bună se menține.

Observația noastră confirmă întru toate concluziile majorității autorilor — că *dermatomiosita este o afecțiune inflamatorie a sistemului muscular și cutanat*. Examenul anatomopatologic (Prof. Titu Vasiliu) vine în ajutorul acestei păreri și atrage atențiunea asupra alterațiilor vasculare prezente în această afecțiune, fără a putea trage concluzia că leziunile vasculare ar avea rolul principal.

Efectul *terapeutic bun al Reticulinei* în cazul nostru nu ne permite să tragem concluzii pozitive. Ne îndreptățește însă să recomandăm *reticulina M* în toate cazurile de dermatomiosită, pentru a putea avea o părere obiectivă după o experiență suficientă.

CLINICA MEDICALĂ I.

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

Considerații asupra unui caz de pubertate precoce cu nanism și obezitate

de

I. Hațieganu

și

A. Faur

Turburările caracterelor sexuale atrag atenția asupra suferinței glandelor sexuale — a glandei suprarenale-corticale și a ipofizei. Într'adevăr se știe, că în procesul sexualității în afară de glandele sexuale au un rol și glanda suprarenală-corticală și ipofiza.

Raportul dintre glandele sexuale și suprarenale-corticale îl arată *sindromul feminismului* la bărbați și cel al virilismului la femei.

În *feminism* — caracterizat prin semne feminine tardive — ginecomastie, pilozitate redusă, organe genitale atrofiate, grăsime în regiunea bazinului — mai adeseori avem de-a face cu un cancer al glandii suprarenale-corticale. În formele cu o evoluție mai lungă survine mai ales o iperplazie ori un adenom al corticalei.

În *virilism* se evidențiază semne virile, pilozitate pronunțată, atrofia mamei și a organelor sexuale. În aceste cazuri se constată de obicei o iperplazie a glandei suprarenale-corticale. Virilismul este mai frecvent datorită faptului că hormonii masculini sunt mai în abundență în glanda suprarenală indiferent de sex și vârstă.

La femei și *boala lui Cushing* evoluează adeseori cu virilism prin acțiunea ipofizei asupra glandei suprarenale.

Eunuchoidismul datorit dezvoltării defectuoase a glandelor sexuale arată uneori caractere ipofizare, manifestate mai ales printr'o tendință spre gigantism.

Feminismul și virilismul sunt datorite producerii hormonilor de natură contrară în glanda suprarenală alterată. Într'adevăr corticala suprarenalei și glandele sexuale au relații intime din viața embrionară. În anumite perioade ale vieții fetale, corticala are o forță heterosexuală. Această funcție embrionară se recâștigă în cazurile de iperplazie, adenom, cancer al corticalei și pe cale hormonală modifică anumite caractere sexuale. În virilism s'au găsit în urină substanțe androgene, în feminism substanțe oestrogene.

Afecțiunea glandei suprarenale poate produce atât virilismul cât și feminismul la adulți. La copii în vârsta prepubertară se observă o pubertate precoce.

Pubertatea precoce — manifestată prin dezvoltarea precoce și rapidă a caracterelor sexuale secundare (pilozitate întinsă, alterația vocii, etc.) evoluează cu o atrofie a glandelor sexuale. În unele cazuri se prezintă semne și din partea ipofizei (distribuția tipică a grăsimii — uneori tip Cushing) mai ales cu turburări de creștere.

Interdependența și variația acestei influențe reciproce între glandele sexuale — suprarenale-ipofiză — explică cele mai variate aspecte patologice. în-



Fig. 1.

cât uneori descifrarea mecanismului și a succesiunii deosebiților factori este foarte dificilă.

Observația noastră se referă la bolnavul D. Șt. de 14 ani, elev din comuna Terebești, jud. Satu-Mare, care este adus la consultațiile clinicii noastre în ziua de 27 August 1945, familia fiind alarmată de îngrășarea excesivă și oprirea în creștere a copilului.

A. H—C. Fără importanță.

A. P. nimic de remarcă, neagă boli infecto-contagioase. Elev bun, fiind clasat între primii din clasa sa și arătând o deosebită dexteritate pentru lucrul manual.

Istoricul bolii actuale. De doi ani, deci începând dela vârstă de 12 ani, observă că nu mai crește în înălțime, în schimb începe să se îngrășeze progresiv. Concomitent cu această obezitate se dezvoltă o pilozitate exagerată în regiunea pubiană, apoi pe trunchiul interesând îndeosebi spatelul; deasemenea a început să-i crească mustețe. Pielea în special de pe față a devenit roșie. Cu timpul la aceste simptome se adaugă dureri în hipocondrul și flancul stâng. A urmat diferite tratamente prescrise de medici, dar fără rezultat, simptomele amintite continuând să evolueze lent și progresiv, ceea ce îngrijorează familia și o determină să-l interneze în clinică.

Examenul obiectiv. Ce ne impresionează la examinarea de ansamblu a bolnavului, este că pe lângă o talie mică (1.29 m, înălțime), capul mare (perimetrul 56 cm), gâtul scurt, gros (39.5

cm); prezintă obezitate într'un grad mare (greutatea 43 kgr.) care interesează întreg corpul, fiind totuși mai exprimată la trunchiul și față și mai redusă la extremități. Pielea în general și de pe față în special congestională, roșie ca în eritremie. Pilozitatea este dezvoltată într'un grad exagerat pe trunchiul, mai ales pe fața dorsală, iar în regiunea pubiană pilozitatea prezintă un grad de dezvoltare echivalent cu al adultului, pe lângă un penis mic, atrofiat, bursele mici cu testiculii atrofiați. Pilozitatea facială mai puțin dezvoltată, decât în restul corpului afară de mustețe care sunt bine dezvoltate, mamele hipertrofiate ușor.

Aparatul respirator: toracele prezintă obezitate pronunțată, cu pilozitate exagerată mai ales pe fața dorsală, perimetrul toracelui = 82 cm, în rest se obțin relații normale asupra acestui aparat.

Aparatul cardio-vascular: inima între limite normale, șgomotele cardiace mai ample cu accentuarea șgomotului II. aortic. Pulsul egal, ritmic, bine bătut, 80/minut, tensiunea arterială ridicată 18—14 cm. Hg. (ap. Vaquez-Laubry), temperatura 36,5°.

Aparatul digestiv: dantura bine dezvoltată, prezintă vegetații adenoide (Cl. O. R. L.).

Abdomenul mult mărit în dimensiuni din cauza adipozității, perimetrul = 81 cm. nu prezintă puncte sensibile la palpare, însă subiectiv acuză dureri în hipocondrul și flancul stâng.

Din partea aparatului urinar se obțin date normale, funcția rinichilor bună, concentrează și diluiază bine, densitatea urinei = 1018, albumină, puroiu, zahăr = negative, în sediment nimic patologic, diureza = 1000—1100 în 24 ore.

Sistemul nervos: sensoriul clar, psihicul nealterat. Reflexele osteotendinoase și cutanate normale, nu prezintă alterațiuni ale sensibilității tactile și termice. Pupilele egale, centrale, rotunde, reacționează la lumină și distanță.

Examenul oftalmologic (Clinica Oftalmologică — Dr. Păcurariu): vedere normală, câmpul vizual prezintă o ușoară strâmtorare concentrică, oftalmoscopic normal, hipertensiune arterială retiniană mare (nu se poate măsura).

Examinări sanghine: Glicemia a jeun = 0,95%; Azotul ureic în sânge = 35 mgr.%; Calciu în sânge = 12,75 mg.%; Sodiu — în sânge = 207,57 mgr.%; Kaliu în sânge = 18,62 mgr.%;

Hematiile = 4 mil., hemoglobină = 70%, leucocite = 5.800, tabloul sanghin: polinucleare neutrofile = 83%, limfocite = 12%, monocite = 5%, hematiile de aspect și mărime normală.

Reacțiile: Bordet-Wassermann, Sachs-Witebski, Kahn = negative. Metabolismul bazal = plus 17%.

Dozarea hormonilor masculini și hipofizari din urină (Clinica Gynecologică și Obstetricală); hormon gonadotrop „A” = negativ; hormon gonadotrop „B” = negativ; hormon testicular = negativ.

Concluziuni: insuficiență hormonală gonadotropă hipofizară și testiculară.

Radioscopia tubului digestiv: stomac ipertonice, situat normal. Secreție, mucoasă și curburi normale. Peristaltismul mai accentuat, iar evacuarea se face în porțiuni mici.

Bulbul duodenal regulat cu vizibilitate prelungită, transitul în cadrul duodenal este încetinit. După 8 ore, stomacul este evacuat, bariul în cec și ascendent. După 24 ore $\frac{4}{5}$ din bariul evacuat, restul în cec și sigmoid.

Radioscopie toracică: pulmonar hili mai bogăți, diafragma liberă; cord culcat pe diafragm, ventriculului stâng reacționat, iar aorta mai opacă.

Radiografiile diferitelor oase, a căror interpretare a făcut-o D-l Prof. Negru, ne dau următoarele relații:

Seaua turcească este ușor mărită, iar deschiderea ei este lărgită. Atât clinoidele anterioare cât și cele posterioare și dorsul selar sunt decalcificate. Fundul selei este și el ușor decalcificat în jumătatea posterioară, unde conturul său nu este destul de clar.

Epifiza distală a femurului și proximală a tibiei prezintă un început de sinostozare ceea ce reprezintă un proces precoce, căci normal, sinostozarea acestor epifize începe la 19 ani.

Vertebra V-a lombară prezintă o spină bifidă închisă. Vertebra I-a sacrată are arcu vertebral deschis înapoi. Coloana lombo-sacrată prezintă un grad de osteoporoză.

În decursul internării în clinică, mai ales după iradiațiile cu Raze X pe ipofiză, durerile din regiunea renală stângă se exacerbează foarte mult, apar și la dreapta, deasemenea coloana vertebrală devine sensibilă și foarte durcuroasă la mișcări.

Tens. art. s'a menținut tot timpul ridicată (12—18), prezentând din când în când ridicări în formă de criză, până la 14—22 cm Hg. (ap. Vaquez-Lauby). În crizele hipertensive prezenta tachicardii (120—130), iar în intervalul dintre crize pulsul era sub 100.

Analizând complexul de simptome în acest caz trebuie să recunoaștem că am întâmpinat mari greutăți, constatând prezența suferinței mai multor glande endocrine.

Obezitatea cu o repartizare mai mult la trunchi și față, congestia tegumentelor mai ales la față, aspectul feței, pilozitatea, modificările selei turcece, cefaleea, hipertensiunea arterială și retiniană, osteoporoza, durerile osoase, ipercalcemia (12,75 mgr. %), sunt tot atâtea simptome, care reamintesc pe cele din boala lui Cushing (adenom bazofil al ipofizei). Nanismul ne atrage atenția tot asupra suferinței ipofizei.

Pilozitatea dezvoltată într'un grad mare în regiunea pubiană, pe spate, mustați începând de la 12 ani (simptome de pubertate precoce), apoi hipertensiunea arterială permanentă cu creșteri periodice în formă de crize, însoțite de tachicardii, afară de acestea durerile din lojile renale, atrofia glandelor sexuale, sunt simptome ce ne atrag atenția asupra suferinței glandei suprarenale-corticale.

Pende publică un caz similar de nanism suprarenal cu obezitate și pubertate precoce.

În cazul nostru, fiind o pubertate precoce cu nanism și obezitate, s'ar putea interpreta ca o tulburare de origine ipofizo-hipercortico-suprarenală.

Este foarte dificil a stabili ordinea succesiunii afectării acestor glande. Având în vedere modificările selei turcece, este posibil că ipofiza să fi dat — în cazul nostru — tulburările inițiale, iar suprarenala

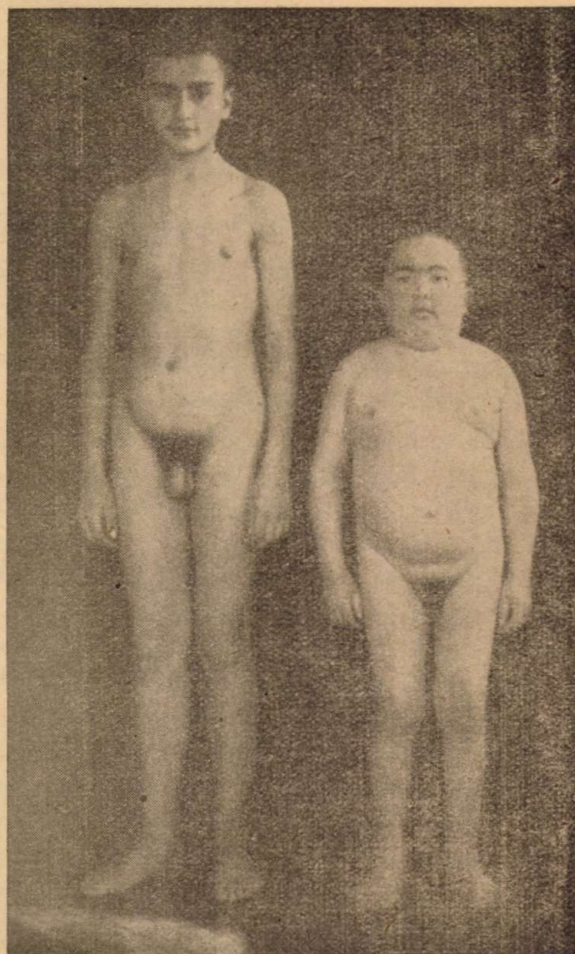


Fig. 2.

să fi intrat în suferință secundară. Avem însă oarecare rezerve în cazul nostru, în privința mecanismului și succesiunii factorilor morbiți din motivul că din observația clinică se citează pe de o parte cazuri în care tabloul clinic era tipic pentru boala lui Cushing (cazurile lui Hare, Ros, Crooke, Leher — amintite în Endocrinologia lui Parhon—), iar anatomo-patologic s'a constatat un carcinom cortico-suprarenal; pe de altă parte, sindrome endocrine cu caracter ipercortico-suprarenal, iar anatomo-patologic era un adenom al ipofizei.

Astfel s'ar putea ca și în cazul nostru — unde avem o serie de simptome ipercortico-suprarenale — să fie suprarenala-corticală afectată inițial.

Publicăm acest caz pentru complexitatea sindromelor endocrine și aspectul clinic observat mai rar.

CLINICA MEDICALĂ I.

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

Cercetări asupra determinării citoplasmice a sexului

de

Conf. Dr. Victor Preda

și

Dante Sedan

Sensul în care se diferențiază sexul unui individ depinde de acțiunea comună a unei serii de factori corelativi. Acești factori sunt: heterocromosomul sau cromosomul sexual, factori externi, corelația dintre țesuturile germinative embrionare, hormoni și condiționarea fizico-chimică a citoplasmei.

Mulți dintre biologi cred că determinarea sexului trebuie atribuită doar formei heterocromosomiale a gonocitelor primordiale, considerând că responsabilitatea determinării sexului o poartă una sau mai multe gene localizate în cromosomul sexual. Unii admit existența unei gene unice, prezente în cromosomul X, genă care în doză simplă ar da naștere unui mascul, iar în doză dublă ar da naștere unei femele. Alții cred că sexul depinde de un număr mai mare de gene, distribuite în toți cromosomii, gene ce au efecte antagoniste. Genele feminizante ar domina în cromosomul X, pe când genele masculinizante, ar domina în ceilalți cromosomi. Efectul masculinizant al autosomilor ar prima asupra efectului feminizant al unui singur cromosom X și din contră ar fi anihilat de efectul o doi cromosomi X.

De sigur că heterocromosomul are o mare valoare în privința modalității de înclinare a unui individ către un sex determinat. Concordanța dintre particularitatea formulei cromosomiale și sex este extrem de sugestivă. Totuși aceste fapte nu ne îndrituiesc să tragem concluzia unei relații dela cauză la efect și nu avem dreptul să considerăm heterocromosomul ca singurul factor al determinării sexuale.

Determinarea sexului este relativ labilă și poate fi influențată de condițiuni diferite. Astfel experiențele lui Kuschakewitsch ne arată influența factorilor externi asupra determinării sexului. Acest biolog a observat că ouăle de batracieni supuse, în decursul dezvoltării lor, unei temperaturi de 10° vor da naștere mai ales, indivizilor de sex femel, pe când cele care se dezvoltă la 28°, dau naștere mai ales, unor indivizi de sex mascul. Aceste experiențe ne arată că schimbările de temperatură, deci modificarea factorilor externi, au o acțiune importantă asupra determinării sexului.

Experiențele lui Witschi și acele ale lui Vera Dantschakoff, ne arată că dezvoltarea gonadei constă dintr'un lanț de corelații complexe între țesuturi embrionare diferite (gonocite primordiale, epiteliu germinativ și cordoanele nefro-genitale). Witschi a arătat că diferențierea celulei germinale este supusă

unor influențe exterioare care vin, dela epiteliul germinativ, pentru gonocita ce va deveni femelă și dela cordoanele nefro-genitale, pentru gonocita ce va deveni masculă. Experiențele lui Dantschakoff ne-au arătat că o celulă germinală femelă, cu un aparat heterocromosomal normal, posedă o natură bivalentă: una care intră în oc, la embrionul normal, asigurându-i corelații cu epiteliul germinativ și cealaltă care-i permite ca, în absența anormală a acțiunii epiteliului germinativ, să realizeze corelațiuni cu țesutul nefrogen, corelațiuni caracteristice pentru celula germinală masculă. Gonocitele posedă deci, în același timp, două principii deosebite, comune ambelor sexe, grație cărora fiecare din ele poate manifesta o predilecție specială de a contracta relațiuni tipice cu unul din țesuturile embrionare. Atunci când corelațiile normale dintre celula germinativă, determinată heterocromosomal pentru un sex anumit și țesutul somatic respectiv, sunt modificate, gonocitele vor intra, în virtutea naturii lor bivalente, în corelație cu al doilea țesut, fapt ce aduce după sine, inversiunea sexului.

Cercetările lui Dantschakoff, Benoit, Goodale, Pézard, Steinach, Sand și alții, au arătat că se poate produce schimbarea sexului prin grefe de glande genitale, prin ablațiuni ale gonadelor și prin injecții de hormoni. Hormonii formează deci un factor important în jocul corelativ al determinării sexului.

În fine, Joyet-Lavergne studiind caracterele fizico-chimice ale citoplasmei sporozoarelor, a observat că determinarea sexului este condiționată și de constituția citoplasmică. După acest autor, sporozoarul în faza sa sexuată prezintă o structură morfologică și chimică citoplasmică diferită, după sexul pe care-l considerăm. Astfel sporozoarul mascul are un condriom, nu aparat a lui Golgi și paraglicogenul mai dezvoltat. Rezerva sa albuminoidă este mai abundentă și citoplasma sa are un potențial de oxido-reducțiune mai ridicat. Sporozoarul femel are condriomul, aparatul lui Golgi și paraglicogenul mai redus. Rezervele de lipoide sunt mai abundente și potențialul oxido-reductor este mai mic. De aceea citoplasma femelă este mai reductoare decât cea masculă. Această polarizare citoplasmică nu este însă o caracteristică a organismului de sporozoar, dat fiind că a fost găsită și la organisme mai superioare, între care și vertebratele. Cercetările lui Joyet-Lavergne, ne arată că organismul asigură geneza și dezvoltarea gonocitelor

sale, prin realizarea, la un moment dat al evoluției sale, a anumitor condițiuni fizico-chimice precise ale citoplasmei, condițiuni ce asigură polarizarea celulelor germinale spre sexul masculin sau spre cel feminin. Schimbarea de sex a unui organism este deci consecința apariției unor condițiuni de polarizare sexuală nouă.

Cunoscând datele de mai sus, am căutat ca, prin modificarea metabolismului celular, să realizăm o determinare citoplasmică a sexului. Pentru aceasta ne-am adresat la două substanțe cunoscute prin marea lor putere oxido-reductoare. Este Vitamina B₁ (aneurina) C₁₂H₁₇ON₃S și Vitamina C (acidul 1 ascorbic) C₆H₈O₆. Ca material de experiență am ales într-o primă serie de experiențe, oul amfibianului Rana fusca, iar în a doua serie de experiențe, un număr anumit de cobai.

Prima serie de experiențe. Au fost luate ouă de Rana fusca, în stadiul de gastrulă și au fost puse, în loturi de câte 40 de ouă, în cristalizare conținând 100 cmc. apă de baltă. Primul lot a servit drept martor. În al doilea cristalizator, am schimbat zilnic 100 cmc. apă conținând 0,006 grame de vitamină B₁. În al treilea cristalizator, am schimbat zilnic 100 cmc. apă de

baltă conținând 0,006 grame de vitamina C. Oule de Rana s'au dezvoltat normal, devenind mormoloci și au suferit metamorfoza. La 100 de zile dela începutul experienței, broscuțele mici au fost fixate în formol 15%. Prin disecție și examen istologic, s'a observat că pe când martorii au prezentat un procent relativ egal, în ceea ce privește distribuirea sexelor, broscuțele crescute în vitamina B₁ și C, n'au dat naștere decât la indivizi de sex mascul.

A 2-a serie de experiențe. Au fost luați doi cobai și 9 cobăițe, cărora li s'a injectat zilnic, atât înainte cât și după coit, până în momentul nașterii puilor, o cantitate de 0,006 vitamină C. Dintre puii născuți, 10 au fost de sex mascul și 2 de sex femel, ceea ce arată că indivizii de sex mascul sunt într'un procent mult mai ridicat decât cei de sex femel.

Din aceste experiențe se poate trage concluzia că modificând metabolismul citoplasmic, în decursul determinării sexului, putem produce o polarizare a sexului, în sensul dorit de noi. O ridicare a potențialului oxidoreductor (prin acțiunea vitaminei B₁ și a vitaminei C), aduce după sine o polarizare înspre sexul mascul. Determinarea citoplasmică a sexului poate fi deci considerată ca un fapt stabilit.

Acțiunea piramidonului în anafilaxia experimentală a cobaiului

de

Dr. M. Sulică

Nota de față cuprinde rezultatele unor cercetări menite să stabilească acțiunea piramidonului în anafilaxia experimentală a cobaiului. Importanța problemei se desprinde în mod clar din însuș raționamentul care stă la originea cercetărilor în această direcție. Reumatismul este considerat de majoritatea autorilor ca o boală alergică, iar piramidonul trece drept un medicament quasi-specific pentru această boală. Aceste premize conduc în mod logic la conștientizarea unei posibile acțiuni antialergice a piramidonului, problemă pentru care cunoașterea efectului acestui medicament în alergii experimentale, reprezentată în modul cel mai pregnant prin experimentul anafilactic la cobai, este de un interes incontestabil.

Din consultarea literaturii originale și referate accesibile în împrejurările actuale, care — trebuie să precizăm — nu ne-a îngăduit decât o informare incompletă și de cele mai multe ori indirectă, — rezultă că problema acțiunii antianafilactice a piramidonului a mai fost pusă, atât teoretic, cât și experi-

mental. O serie de constatări ne îndreptățesc însă să tragem concluzia că acestei probleme nu i s'a acordat până acum importanța pe care o merită prin implicațiile sale teoretice și practice și că — cu atât mai puțin — i s'a dat o soluționare definitivă. Astfel se întâlnesc în literatură rezultate contradictorii: Matsuda¹⁾ găsește piramidonul ineficace față de șocul anafilactic, în timp ce — după Fischer²⁾ — acesta este cupat prin piramidon. Alți autori atacă problema pe o bază teoretică și cu o tehnică cu totul specială: Meyer și Mezey³⁾ admit o acțiune antianafilactică a piramidonului pe calea unei concurențe între antigeni și adaptează acestei teze întreaga tehnică

¹⁾ M. Matsuda: Die Schutzwirkung des Antipyrins gegen Anaphylaxieschock resp. Tod. Z. Immunitätsforsch. 59, 1928. Referat în Zbl. Bakteriologie (Referate) 93, pag. 474.

²⁾ Citat de J. Bauer: Das Rheumaproblem im Lichte der Salizyltherapie. Münch. med. Wschr. 91, 1944.

³⁾ A. Meyer și K. Mezey: Die antianaphylactische Wirkung von Pyramidon und Atophan. Klin. Wschr. 1937, pag. 1048.

a cercetărilor lor. Cu deosebire însă trebuie subliniat faptul că în principalele lucrări de sinteză și monografii, privind alergía experimentală, patologia și terapeu- tica alergozelor, precum și reumatismul, nu se vorbește nimic despre o acțiune antialergică, expe- rimentală sau terapeutică, a piramidonului. În aceste condiții reluarea problemei nu este lipsită de interes. În tot cazul încadrarea rezultatelor noastre în rândul celor existente în această direcție rămâne o proble- mă deschisă.

Ne-am propus să cercetăm dacă piramidonul este în stare să împiedece reacțiunile anafilactice expe- rimentale ale cobaiului, atât ale organismului viu (șo- cul anafilactic), cât și ale organului izolat (reacțiu- nea Schulz-Dale).

Pentru a studia efectul piramidonului asupra șo- cului anafilactic al cobaiului, a fost necesar să deter- minăm în prealabil doza limită netoxică a acestei substanțe, deoarece dozele prea mari produc fenome- ne toxice (convulsii, paralizii), care maschează reacțiunile anafilactice. Pentru cobai între 200—300 gr. doza de piramidon, care — administrată pe cale subcutanată — nu produce încă fenomene toxice vi- zibile, este corespunzător de 30—40 mgr. (0,6—0,8 cc. dintr'o soluție de 5%).

Cu dozele de piramidon dovedite netoxice am încercat să prevenim șocul anafilactic mortal al cobai- lor de 200—300 gr., sensibilizați pe cale subcutanată cu 0,1 cc. ser de bou și reinjectați la 21 zile dela sen- sibilizare. Experiențele au fost făcute în mai multe ședințe, fiind tratați cu piramidon în total 45 cobai. În cadrul acestor experiențe alți 63 cobai au servit la stabilirea dozelor mortale minime de ser și la con- trolul eficacității acestor doze. După primele tato-

nări, privind dozarea și calea de administrare a pi- ramidonului, ne-am fixat asupra următoarei proce- duri, pe care am urmat-o sistematic în ședințele ul- terioare:

a) s'a determinat pe un număr de animale doza minimă letală de ser de bou și s'a controlat efica- citatea acestei doze;

b) s'a injectat altor animale pe cale subcutanată doza eficaă și netoxică de piramidon, dintr'o soluție de 5%, așteptându-se 20 de minute pentru resorbție;

c) s'a injectat animalelor astfel preparate, pe cale intravenoasă, doza mortală minimă de ser de bou.

Din totalul de 45 cobai tratați cu piramidon în condițiile amintite, 32 au vădit o protecție completă sau aproape completă (nici un simptom anafilactic sau cel mult o ușoară mâncărimă și dispnee) față de dozele de ser care la animalele de control au produs un șoc anafilactic mortal. Cele 13 rezultate negative aparțin primelor încercări și se datoresc dozelor in- suficiente sau toxice de piramidon. Reproducem spre ilustrare protocolul uneia dintre experiențe. Se vede clar din acest protocol, că piramidonul în doze de 25—30 mgr. (0,5—0,6 cc. sol. 5%) pe animale de 270—280 gr. realizează o protecție completă, — în sensul că animalele supuse acțiunii lui nu prezintă nici cele mai ușoare fenomene anafilactice — față de dozele de ser care la cobaii martori produc șocuri mortale.

În cursul altor experiențe am încercat să deter- minăm doza minimă eficaă de piramidon, stabilind — după cum se vede și din protocolul reprodus — că în cantitate de 10 mgr. (0,2 cc. sol. 5%) pe ani- male de 230—270 gr. piramidonul nu mai protejează față de doza mortală minimă de ser. Doze treptat

Nr.	Greutatea cobaiului la reinjecție	Sensibilizat cu ser de bou	DUPĂ TREI SAPTĂMĂNI			Rezultat
			Injectat cu	Inter- val	Reinjectat cu ser de bou	
1	300 gr.	0.1 cc. sc.	—	—	0.03 cc. iv.	+ 5'
2	260 gr.	0.1 cc. sc.	—	—	0.02 cc. iv.	+ 3'
3	260 gr.	0.1 cc. sc.	—	—	0.01 cc. iv.	mâncărimă
4	200 gr.	0.1 cc. sc.	—	—	0.01 cc. iv.	mâncărimă dispnee
5	200 gr.	0.1 cc. sc.	—	—	0.02 cc. iv.	șoc prelungit + 15'
6	250 gr.	0.1 cc. sc.	—	—	0.02 cc. iv.	+ 3'
7	280 gr.	0.1 cc. sc.	0.6 cc. sol. piramidon 5% sc.	20'	0.02 cc. iv.	φ
8	280 gr.	0.1 cc. sc.	0.2 cc. sol. piramidon 5% sc.	20'	0.02 cc. iv.	+ 4'
9	270 gr.	0.1 cc. sc.	0.3 cc. sol. piramidon 5% sc.	20'	0.02 cc. iv.	mâncărimă bronhospsm
10	270 gr.	0.1 cc. sc.	0.4 cc. sol. piramidon 5% sc.	20'	0.02 cc. iv.	ușor bronhospsm
11	270 gr.	0.1 cc. sc.	0.5 cc. sol. piramidon 5% sc.	20'	0.02 cc. iv.	φ
12	280 gr.	0.1 cc. sc.	0.6 cc. sol. piramidon 5% + 0.2 cc postlobină 1/1000 sc.	20'	0.02 cc. + 0.2 cc. postlo- bină 1/1000	φ
13	280 gr.	0.1 cc. sc.	0.6 cc. sol. piramidon 5% + 0.2 cc. postlobină 1/1000 sc.	20'	0.02 cc. + 0.2 cc. postlo- bină 1/1000	φ
14	230 gr.	0.1 cc. sc.	0.6 cc. sol. piramidon 5% sc.	20'	0.06 cc. iv.	+ 7'
15	230 gr.	0.1 cc. sc.	0.6 cc. sol. piramidon 5% sc.	20'	0.04 cc. iv.	bronhospsm

crescând exercită o acțiune antianafilactică din ce în ce mai pronunțată, până la o protecție absolută.

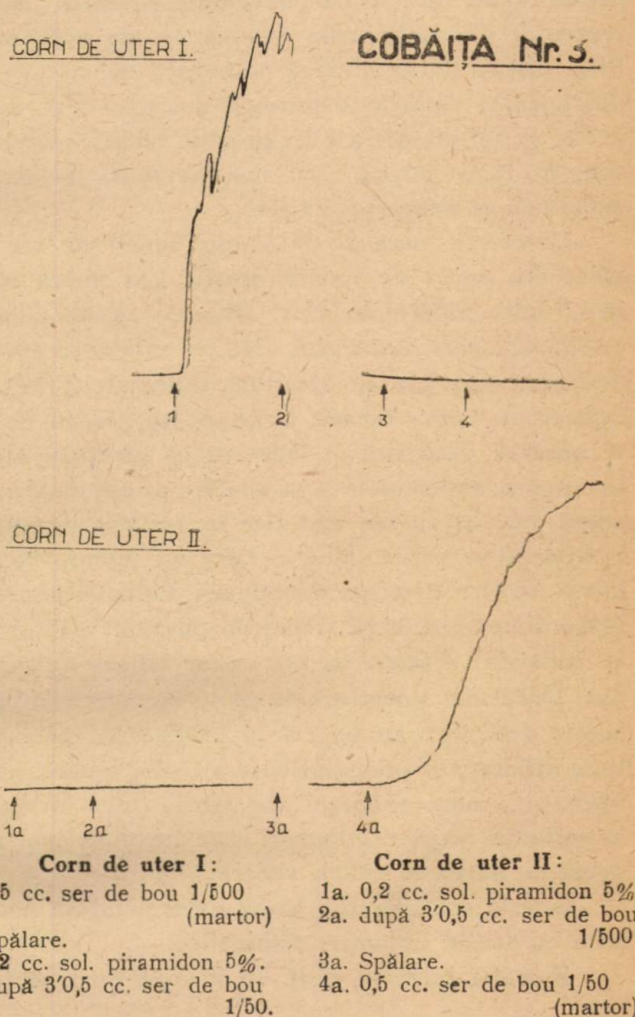
Pe de altă parte, am căutat să vedem dacă piramidonul, în dozele de eficacitate maximă protejează și față de cantități de ser superioare dozei letale minime și am constatat — după cum arată și protocolul alăturat — că această protecție merge până la cel mult dublul dozei letale minime.

În legătură cu mecanismul acțiunii antianafilactice a piramidonului *in vivo* am putut constata pentru moment că efectul protector nu se datorește unei împiedecări a reacțiunii dintre antigen și anticorp, dat fiind că animalele protejate prin piramidon față de doza minimă letală de ser, reinjectate după 24 ore cu un multiplu al acestei doze, se dovedesc a fi desensibilizate, ceea ce arată că reacțiunea antigen-anticorp a avut loc. Am mai cercetat apoi dacă acțiunea antianafilactică a piramidonului este anulată prin pituitrină, așa cum a fost stabilit de către *Moldovan și Turcu*¹⁾ pentru reticulină, dar — după cum se vede și din protocolul reprodus — pituitrina nu este un antagonist al piramidonului în ceea ce privește efectul antianafilactic al acestuia.

Experiențele făcute pe animalul viu au arătat prin urmare că piramidonul exercită o acțiune net protectoare față de șocul anafilactic *in vivo* al cobaiului.

Pentru a completa și verifica rezultatele obținute *in vivo*, am încercat să vedem dacă acțiunea antianafilactică a piramidonului se manifestă și față de reacțiunea anafilactică a organului izolat (proba Schulz-Dale). Am utilizat în acest scop contracțiunea anafilactică a uterului de cobăiță virgină, sensibilizată cu 21 zile înainte prin administrarea subcutanată a 0.1 cc. ser de bou. Cornul de uter, așezat într-o baie cu 35 cc. soluție Tyrode, menținută la 38° și permanent aerată, este pus în legătură cu o peniță înscrisoare, care îi înregistrează contracțiunea pe un kimograf. Se determină în prealabil — pe o serie de preparate — doza de ser de bou care trebuie adăugată băii pentru a se obține o contracțiune anafilactică apreciabilă. Apoi — pe alte preparate — se încearcă acțiunea profilactică a piramidonului, adăugându-se această substanță băii Tyrode, lăsând-o să acționeze timp de 3' și administrând apoi doza eficientă de ser de bou. Piramidonul se aplică de fiecare dată numai asupra unuiu din coarnele uterine, al doilea corn al aceleiaș cobăițe fiind utilizat în mod concomitent ca martor. Pentru a controla sensibilitatea anafilactică și acțiunea antianafilactică a piramidonu-

lui pentru ambele coarne uterine, se repetă — după spălare — declanșarea contracțiunii anafilactice, inversându-se însă procedura. Cornul care a îndeplinit rolul de martor este supus acum acțiunii piramidonului, pe când cornul celălalt servește de data aceasta ca martor. Se știe că aplicarea unei doze eficiente de ser și contracția consecutivă, produce o stare de antianafilaxie a organului, care însă nu este absolută. După prima reacțiune uterul devine insensibil față de aceeaș doză de ser, dar reacționează sub influența unui multiplu al dozei eficiente inițial. Și în experiențele noastre am obținut o a doua contracțiune anafilactică, aplicând serul într-o doză mărită față de cea dintâi. Această a doua contracțiune a fost și ea împiedecată prin acțiunea piramidonului. În felul acesta se evidențiază efectul antianafilactic al piramidonului asupra ambelor coarne și în special se controlează în mod reciproc sensibilitatea anafilactică a preparatelor, excluzându-se posibilitatea ca lipsa de reacțiune după piramidon să fie datorită unei insensibilități a preparatului. În aceste condițiuni de lucru piramidonul s'a dovedit profilactic și față de reacțiunea anafilactică a organului izolat. Reproducăm protocolul uneia dintre experiențe (vezi și grafica).



¹⁾ I. Moldovan și T. Turcu: Acțiunea antagonistă între pituitrină și reticulină. Arch. Roum. de Path. exp. et Microbiol. Vol. omagial al Prof. Cantacuzino, 1934, pg. 523.

Baie cu 35 cc. soluție Tyrode la 38°, permanent aerată.

Cobăița nr. 1.

Corn de uter I: la 20' 0,5 cc. ser de bou dil. 1/50, contracțiune exagerată.

Corn de uter II: la 20' 0,2 cc. ser de bou dil. 1/50, contracțiune exagerată.

Cobăița nr. 2.

Corn de uter I: după 20' 0,2 cc. ser de bou dil. 1/500, contracțiune foarte mică.

Corn de uter II: după 20' 0,5 cc. ser de bou dil. 1/500, contracțiune de 4,5 cm.

Cobăița nr. 3.

Corn de uter I. (martor): după 20' 0,5 cc. ser de bou dil. 1/500 contracțiune de 4,0 cm.

Corn de uter II: după 17' 0,2 cc. sol. piramidon 5%;
după 3' 0,5 cc. ser de bou dil. 1/500, nici o contracțiune.

Spălare.

Corn de uter I: după 17' 0,2 cc. sol. piramidon 5%;
după 3' 0,5 cc. ser de bou dil. 1/50, nici o contracțiune.

Corn de uter II (martor): după 20' 0,5 cc. ser de bou dil. 1/50, contracțiune de 3,5 cm
(martor)

Concluzia experiențelor menționate mai sus este că piramidonul vădește o acțiune protectoare netă față de reacțiunile anafilactice experimentale, in vivo și in vitro, ale cobaiului.

Turburările diskinetice ale căilor biliare extrahepatice

de

Intern Gregoriu Gherman

Un capitol din patologia căilor biliare extrahepatice căruia nu i se dă importanța cuvenită, este reprezentat de: tulburările diskinetice ale acestor căi. Prin diskinezii se înțeleg tulburări de natură pur funcțională. datorite deranjării mecanismului de expulsie și de retenție a bilei în căile biliare extrahepatice, la baza cărora stau mai adeseori instabilități endocrine și neuro-vegetative.

Diskinezii pure se întâlnesc destul de rar, așa încât din punct de vedere practic s'ar părea că ele să nu aibă importanță. Dar, afară de aceste tulburări diskinetice pure, care sunt rare, se întâlnesc adeseori diskinezii asociate cu afecțiuni inflamatorii sau calculoase ale căilor biliare. Deasemenea, destul de des, se observă diskinezii în legătură cu afecțiuni ale altor organe abdominale și în special cu ale duodenului. După colecistectomii, mai ales în cazurile în care s'a îndepărtat o vezică biliară, care își îndeplinea încă într-o măsură oarecare funcțiunea. bolnavii acuză diverse simptome, care trebuiesc puse în legătură tot cu tulburări diskinetice ale căilor biliare extrahepatice. Dacă mai ținem seama că în anumite condițiuni, aceste diskinezii au un rol în producerea unor afecțiuni inflamatorii sau calculoase a căilor biliare, a unor ictere și a unor afecțiuni ale pancreasului, vedem că importanța acestor tulburări este cu mult mai mare decât se părea la prima vedere.

Aceste considerente ne-au determinat să ne ocupăm cu aceste tulburări diskinetice.

Secreția bilei, în ficat, se face în mod continuu.

Excreția ei, în intestin, este însă intermitentă. Ea se face numai în timpul digestiei datorită contractibilității căilor biliare extrahepatice. Când din anumite cauze, care le vom vedea mai jos, se produc tulburări în motilitatea căilor biliare extrahepatice, datorită stazei biliare consecutive iau naștere diverse tulburări care se exteriorizează prin simptome subiective și prin simptome obținute la sondajul duodenal și la colecistografie.

Mișcările căilor biliare extrahepatice stau sub controlul sistemului nervos vegetativ. Excitarea vagului mărește capacitatea de concentrare a vezicii biliare și contractibilitatea căilor biliare. Simpaticul inhibă contractibilitatea căilor biliare și inhibă capacitatea de concentrare a mucoasei veziculare. După cum predomină acțiunea vagului sau a simpaticului, se produc tulburări diskinetice cu predominanță ipertonă și iperkinetică sau tulburări cu predominanță ipotona și ipokinetică.

Scoala lui v. Bergman, introduce noțiunea de diskinezie, de tulburări neuro-musculare, funcționale ale căilor biliare extrahepatice. Chiray și Pavel descriu stazele veziculare de natură funcțională, fără a face deosebirea între staza ipertonă și staza ipotona, deosebire ce este făcută de Simnitzki. Bergmann. descrie afară de aceste două forme și o formă iperkinetică. Contribuțiuni foarte importante la studiul lor aduc Westphal, Gleichmann și Mann. Tulburările diskinetice după colecistectomie sunt descrise mai ales de Pribram.

Cauzele tulburărilor diskinetice pot fi tulburări neuro-hormonale. Astfel ele se întâlnesc la: stigmatizații vegetativi, în timpul menstruației și a gravidității, la indivizi cu ptoze viscerale, la sedentari cu perețele abdominal slăbit, la obezi, la femei ce au avut mai multe nașteri, la epuizații nervoși, la indivizi cu leziuni ale sistemului nervos de relație, la tabetici, în epilepsie. Pot fi datorite unui toxic (plumb, alcool, morfină) sau să fie declanșate pe cale psihică sau să însoțească alte boli (afecțiuni ale duodenului, ale organelor genitale interne).

Simptomatologia acestor diskinezii se poate încadra în: *sindromul suferinței căilor biliare extrahepatice*.

Acest sindrom se compune din următoarele semne:

1. *Semne veziculare*: durere ce poate varia dela o jenă în regiunea hepatică, până la o durere atroce, sub formă de criză, cu iradieri în spate sau în umărul drept. Durerea subintrantă, ce ține 48—72 ore, arată suferința canalului cistic. Durerea în tulburările diskinetice este provocată de întinderea sau contracțiunile vezicii biliare sau de un spasm al sfîcterului lui Oddi. *Westphal* crede că nu este îndreptățit de a considera cauza principală a durerii câteva aderențe fine ale vezicii biliare sau o discretă colecistită cronică cu o diminuare a funcțiunii de concentrare. Și în aceste cazuri tulburările diskinetice joacă rolul principal.

2. *Semne coledociene*: icter, care este foarte variabil și la producerea căruia intervine și un spasm al sfîcterului lui Oddi; dureri ce apar mai ales pe la orele 6—7 după masă, sunt de intensitate mică și de scurtă durată, având un caracter enervant. (*Hattiegartu*).

3. *Semne duodenale*: staza duodenală, produsă printr'o ipertonie sau ipotonie a duodenului și care se manifestă prin tulburări dispeptice și tulburări nervoase.

4. *Semne pancreatice*: scaune grăsoase; dureri iradiind în formă de bară spre stînga. Durerile sunt produse de tulburări în motilitatea sfîcterului lui Oddi, care au ca urmare o stază în canalele pancreatice.

5. *Semne gastro-intestinale*: constipație alternând cu diaree, grețuri, vărsături. Diareea este produsă sau de evacuarea dintr'odată a unei cantități mari de bilă în intestin (diareea prandială, chășse biliare), sau de o eliminare continuă de bilă în intestin printr'o insuficiență a sfîcterului lui Oddi.

6. *Semne la distanță*: migrena biliară descrisă de *Chiray* și *Triboulet*, ce se caracterizează prin hemiorană însoțită de fenomene vaso-motorii (roșeața fe-

ței, tumefierea ochilor, etc.), sau de fenomene nervoase. Alteori migrena este înlocuită de o cefalee mai mult sau mai puțin accentuată. Bolnavul se mai plînge de slăbire în greutate și oboseală permanentă. are insomnii, e indispus.

7. *Sondajul duodenal*: după proba *Meltzer-Lyon* se poate obține o bilă galbenă aurie cu o concentrație mică de bilirubină sau o bilă de culoare foarte întunecată bogată în bilirubină. În cazuri mai rare nu se obține bila B. Lipsa bilei ne atrage atenția asupra oblitterării căilor biliare ori asupra unui spasm al sfîcterului lui Oddi. Timpul dela administrarea sulfatului de magneziu, până la apariția bilei B — timpul de latență — care în mod normal este de 15 minute poate fi mărit sau micșorat. La examenul microscopic al bilei obținute prin sondă, nu vom putea pune în evidență elemente figurate, care să denote un proces inflamator sau calculos.

8. *Colecistografia*. Uneori se va obține imaginea unei vezici biliare normale, bine opacifiată cu funcție bună după *Boyden* sau cu o evacuare rapidă a conținutului ei, iar alteori imaginea unei vezici biliare mai mari slab opacifiată, cu evacuarea întârziată după prânzul lui *Boyden*.

Urmând clasificarea lui *Westphal*, împărțim tulburările diskinetice ale căilor biliare extrahepatice în:

1. *Diskinezii cu predominență ipertonă și diskinezii cu predominență iperkinetică*.

2. *Diskinezii cu predominență ipotona și ipokinetică*.

3. *Diskinezii parțiale*:

a) ale sfîcterului colului vezicii biliare;

b) ale sfîcterului lui Oddi (forma cu predominență ipertonă și forma cu predominență atonă).

Diagnosticul acestor tulburări diskinetice nu este ușor. *Westphal* crede că diskineziile pure reprezintă 5—10% din totalul afecțiunilor căilor biliare extrahepatice. Mai frecvent însă apar combinațiuni de diskinezii cu îmbolnăviri ale căilor biliare. De aceea în practică diagnosticul diferențial între diskinezii, inflamații și calculi e greu. Pentru diagnosticul diferențial între diverse forme de diskinezii vom ține cont de rezultatele obținute la colecistografie și sondajul duodenal, conform tabloului de mai jos.

Diskinezii cu predominență ipertonă.

Simptomatologia lor se caracterizează prin: crize dureroase localizate în hipocondrul drept, care pot avea caracterul crizelor din litiaza biliară, cu iradieri în spate sau în umărul drept, grețuri, vărsături bilioase, transpirațiuni, tulburări nervoase. Bolnavul e constipat, are migrene sau cefalee, e obosit, astenic. La sondajul duodenal, timpul de latență e pre-

FELUL DISKINEZIILOR	Afecțiunile cu care stă în legătură	Simptomatologia subiectivă	Sondajul duodenal		Colecistografia
			Timpul de latență	Caracterele bilei B.	
Diskinezii cu predominență ipertonă	—	Crize dureroase în hipocondrul drept	mărit	golire bruscă; culoare foarte întunecată; concentrație mare de bilirubină (peste 400 mlgr. %)	După Boyden, funcție bună. La 1 1/2 oră, rest de 1/6 — 1/7. In unele cazuri se observă coledocul sub formă de bandă lată.
Diskinezii cu predominență iperkinetică	—	Crize dureroase în hipocondrul drept; diaree prandială; tulburări gastro-intestinale	scurtat	apare uneori spontan; culoare foarte întunecată; concentrație mare de bilirubină	După Boyden eliminare precipitată. Golirea este terminată în 45—60 minute.
Diskinezii cu predominență ipotona	—	Jenă dureroasă în hipocondrul drept; constipație sau diaree	mărit	uneori nu se obține; culoarea deschisă; concentrație mică de bilirubină (în jurul la 100 mlgr. %)	Vezica biliară palidă dilatăta, cu diminuarea motilității. După Boyden, eliminarea întârziată.
Diskinezii parțiale datorite sfincterului colului vezicii biliare	în litiaza biliară	Simptomatologia litiazei biliare	normal	culoare întunecată; concentrație normală de bilirubină	negativă
Diskinezii parțiale datorite sfincterului lui Oddi	forma cu predominență ipertonă, spastică	Dureri intermitente, în primele zile după operație, în hipocondrul drept	—	după SO ₄ Mg, bilă ceva mai întunecată ca bila A	Nu se poate obține imagine
	forma cu predominență atonă	Tulburări gastro-intestinale; Diaree	—	după SO ₄ Mg, bilă cu aceleași caractere ca bila A.	Nu se poate obține imagine

lungit și este urmat de o golire bruscă de bilă B, de culoare foarte întunecată, cu o concentrație mare de bilirubină (peste 400 mlgr. %). La colecistografie, după prânzul lui Boyden, funcție bună. La o oră și jumătate nu se mai găsește decât un rest de 1/6—1/7 din substanța radio-opacă. In unele cazuri se poate pune în evidență și coledocul, sub forma unei bandă late.

Diskinezii cu predominență iperkinetică.

Bolnavul acuză dureri sub formă de crize sau dureri de intensitate mică în hipocondrul drept, grețuri, uneori vărsături, constipație sau diaree. Aici se poate observa sindromul descris de *Linossier* sub numele de diaree prandială. In timpul mesei, uneori imediat după ce bolnavul s'a așezat la masă sau de cele mai multe ori numai după 10—15 minute, apar dureri vii în epigastru și hipocondrul drept. Uneori durerile sunt așa de mari, încât bolnavul devine palid și are transpirațiuni abundente. Imediat după apariția durerii, simte nevoia imperioasă de defecare și are un scaun bilios. După defecare apar arsuri la nivelul anusului. In timpul sondajului duodenal, bi-

la B apare uneori spontan datorită excitației produse de sondă, alteori apare după administrarea sulfatului de magneziu, la timp scurt. Bila B e de culoare întunecată, foarte bogată în bilirubină. Colecistografia arată imaginea unei vezici biliare normale. După Boyden se observă o eliminare foarte accelerată, așa încât după 45—60 minute golirea vezicii este terminată.

Diskinezii cu predominență ipotona și ipokinetică (colecistatonie).

Simptomatologia se compune din: jenă dureroasă în hipocondrul drept sau senzația de glob sub reborul costal drept, grețuri, vărsături, senzație de greutate postalimentară în epigastru, constipație sau diaree cu scaune decolorate, migrene, cefalee. Uneori se poate palpa fundul vezicii biliare. La sondajul duodenal, după sulfatul de magneziu, uneori nu se obține bilă B, alteori după un timp de latență mărit, se obține o bilă galbenă clară, de culoare deschisă, săracă în bilirubină (în jurul la 100 mlgr. %). Imaginea vezicii biliare, la colecistografie, este palidă. Se constată o diminuare a motilității, cu o eliminare foarte

întârziată, după Boyden, astfel încât uneori umbra vezicii persistă și după 24 ore dela administrarea gâlbenușurilor de ou.

Diskinezii parțiale datorite sfincterului colului vezicii biliare.

Se întâlnesc în litiaza biliară. Simptomatologia lor se confundă cu aceea a litiazei biliare. În aceste cazuri la sondajul duodenal se obține o bilă B de culoare întunecată, cu o concentrație normală de bilirubină. Colecistografia este negativă. Sondajul duodenal pozitiv și colecistografia negativă nu se poate explica decât prin spasme la nivelul colului vezicii biliare.

Diskinezii parțiale datorite sfincterului lui Oddi.

Se întâlnesc în 2/5 din cazuri după colecistectomie și în toate cazurile în care vezica biliară nu și mai poate îndeplini funcțiunile sale (calculi, atrofie).

Forma cu predominență ipertonă. Ceeace caracterizează această formă, este durerea, ce apare în primele zile după operație, e de intensitate variabilă, dela o jenă locală până la dureri cu caracter ponjitiv, este intermitentă și e însoțită de grețuri, vărsături, constipație, migrene. La sondajul duodenal, după administrarea sulfatului de magneziu, se obține o bilă mai întunecată decât bila A, cu 150 mlgr% bilirubină, față de 30 mlgr%, cât are bila A. În aceste cazuri mucoasa coledocului dilatat, preia într-o măsură oarecare funcțiunea de concentrare a bilei deținută de mucoasa vezicii biliare. Imaginea radiologică a coledocului dilatat însă nu se poate obține din cauza că această funcțiune compensatorie de concentrare a bilei este cu mult mai mică decât aceea a vezicii biliare și deci substanța radioopacă nu poate fi suficient concentrată.

Forma cu predominență atonică, este datorită unei insuficiențe a sfincterului lui Oddi. Se manifestă prin: grețuri, senzația de presiune epigastrică, anorexie, diaree, câte 10—12 scaune lichide galbene sau negricioase în 24 ore, defecarea e însoțită de o senzație de arsură anală. Se observă o intoleranță enterală față de alimente, care duce la procese de fermentație sau putrefacție. Bila ce se obține la sondajul duodenal, după administrarea sulfatului de magneziu, are aceleași caractere ca și bila obținută înainte de sulfatul de magneziu, este galbenă deschisă, săracă în bilirubină.

Afecțiunile tulbului digestiv și mai ales ale duo-

denului pot fi însoțite adeseori de tulburări diskinetice ale căilor biliare. În unele ulcere duodenale, se obține o colecistografie negativă, care trebuie pusă pe seama unei evacuări rapide a căilor biliare extrahepatice. Noi am observat, cazuri de ulcere duodenale, duodenite și staze duodenale, ce erau însoțite de diskinezii cu predominență ipotona sau diskinezii cu predominență iperkinetică. De asemenea diareele dureroase postalimentare ce se întâlnesc în unele apendicite cronice, credem că se datoresc tot tulburărilor de motilitate ale căilor biliare extrahepatice.

La baza colicei hepatice, a proceselor inflamatorii a căilor biliare, au nor afecțiuni ale pancreasului și a unor ictere stau tulburări diskinetice ale căilor biliare extrahepatice.

Diskineziile, prin staza biliară consecutivă, care are ca urmare o concentrare a bilei și o precipitare a sistemelor coloidale, au un rol în formarea calculilor biliari.

O metodă de tratament foarte eficace în toate formele de diskinezii este drenajul medical al căilor biliare extrahepatice, cu ajutorul sondajului duodenal. Ameliorările produse prin aplicarea acestei metode nu sunt însă permanente, după un timp mai mult sau mai puțin scurt, sondajul trebuie repetat. *Mallet-Guy, Maillet și Guillet* au preconizat novocainizarea splanchnicilor și splanchnicectomia în tratamentul diskineziilor cu predominență ipotona, unde prevalează acțiunea simpaticului. Tratamentul medicamentos se compune din administrarea de substanțe parasimpatotrope sau simpaticotrope, după cum predomină acțiunea simpaticului sau parasimpaticului. Pe lângă acest tratament se va aplica un tratament al stării generale și al tulburărilor endocrine și neuro-vegetative ce stau la baza acestor diskinezii. Colecistectomia este contraindicată, după ea bolnavii continuă să sufere ca și înainte de intervenție.

Din cele expuse mai sus vom reține următoarele:

1. În practică, tulburările diskinetice se întâlnesc adeseori, asociate cu alte afecțiuni.
2. Simptomatologia lor se încadrează în „Sindromul suferinței căilor biliare extrahepatice”.
3. După cum predomină acțiunea vagului sau a simpaticului, avem diskinezii cu predominență ipertonă și iperkinetică sau diskinezii cu predominență ipotona și ipokinetică.
4. În tratamentul diskineziilor, sondajul duodenal ocupă un loc important. Colecistectomia este contraindicată.

CLINICA MEDICALĂ I.

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

Accidentele de războiu din punct de vedere chirurgical și social

de

Dr. Toporaș M.

Materialele explozive, risipite mai ales acolo unde frontul s'a oprit un timp mai îndelungat, formează o primejdie de lungă durată pentru populația regiunii, respective, care abia a scăpat de greutățile războiului. Mine, grenade, focoase de tot felul sunt pericole ascunse în lanul de arat, în fânul de cosit, în iarba de pășune, pentru plugar și tot atâtea pericole pentru copilul curios și naiv, bucuros că a găsit o jucărie.

Una din regiunile acestea este în jurul orașului Turda, unde frontul s'a oprit pentru o lună de zile.

Spitalul de stat din Turda, care și-a reluat activitatea abia la 8 Ianuarie 1945 a adăpostit acești accidentați: în număr mai mic la început, când circulația pe câmp era mai redusă din cauza anotimpului, crescând în număr, ca să atingă maximum în prima decadă a lunii Aprilie, după care a scăzut din nou progresiv.

La un moment dat numărul lor a depășit pe cel al bolnavilor civili.

Victimele acestor accidente sunt — cum era de așteptat — dintre copii și tineret. Curiozitatea nestăpânită și lipsa de experiență a copiilor și tinerilor până a 20 ani se vede din numărul de 121 victime până la 20 ani față de 25 victime după această vârstă, când, bărbații fiind trecuți prin stagiul militar, au și experiența și cunoștința pericolului ce-l prezintă aceste materiale. De asemenea între primele două decade diferența este destul de mare, datorită faptului că grija și paza părinților este mai eficace asupra copiilor până la 10 ani.

Sexul masculin formează marea majoritate: 132 băieți față de 14 fete.

Toate fetele au căpătat leziunile cu care s'au prezentat fiind întâmplător în preajma expoziei, sau fiind în grup de joacă cu băieții cari au provocat explozia. Trebuie menționat că o singură explozie a făcut, adesea, mai multe victime: astfel într'un caz din comuna Viișoara, o singură explozie a ucis pe loc doi copii și a rănit alți 5 din care unul a sucombat la sosirea în spital.

Gravitatea leziunilor a fost foarte variabilă: dela simpla tatuare a tegumentelor prin schije minuscule, până la zdrobirea de membre, plăgi abdominale cu perforații intestinale, și plăgi craniene cu hernierea substanței cerebrale. Adesea numărul zilelor de spitalizare era mai mare pentru plăgile mici, dar multi-

ple, provocate prin schije minuscule și tocmai de aceea greu de extras, decât pentru o plagă mare, dar unică, ce a putut fi debridată după toate normele chirurgicale. Astfel cazul copilului Suchiș de 6 ani, care a stat în spital 115 zile pentru periartrita genunchiului drept și flegmon a gambei drepte, prin aproape 200 de schije miliare, care nu puteau fi extrase prin manevre chirurgicale.

Localizarea leziunilor a fost totdeauna multiplă: membre superioare și cap sau torace, membre inferioare și abdomen. Transcriind numai localizarea plăgilor cu oarecare importanță avem următoarea situație:

Cap: părți moi 28 (14%), plăgi craniene cu hernierea substanței cerebrale 5 (2,5%), plăgi conjunctivale și corneene 9 (4,5%), distrugerii de glob ocular 7 (OD 3, OS 2 și OD.OS 2).

Torace: plăgi ale peretelui 7 (3,5%). Nu s'a prezentat nici o plagă pulmonară. Un singur caz de pleurezie purulentă, drept complicație a unei plăgi scapulare cu colecție profundă.

Abdomen: plăgi ale peretelui 5 (2,5%), plăgi ale peretelui cu perforații intestinale 5 (2,5%).

Membre superioare: plăgi ale părților moi, 44 (MSD 22, MSS 12, MSD și MSS 11). Amputații de degete (cel mai adesea multiple) 35 (17,5%), desarticulația pumnului 7 (3, 5%), amputația în treimea medie a antebrațului drept 1 (0,5%).

Membre inferioare: plăgi ale părților moi 41 (20,5%), amputații de gambă 1 (0,5%), plăgi ale articulației genunchiului 4 (2%).

Dintre acești 146 de accidentați, 7 (0,5%) nu au putut fi salvați. Cauzele de deces au fost următoarele:

Un caz hemoragie secundară fudroiantă, la un bolnav cu artrită supurată a genunchiului stâng, în urma unei plăgi articulare prin schijă de mină.

Un caz cu plaga craniană cu hernierea substanței cerebrale.

Patru cazuri de peritonită generalizată prni perforații intestinale multiple.

Un caz de gangrenă prin ischemie a gambei stângi.

La toți acești bolnavi s'a făcut sistematic ser antitetanic, iar ser antigangrenos în toate cazurile care necesitau. În felul acesta nu am avut nici un caz de

tetanos, iar unicul caz de gangrenă s'a produs prin ischemia gambei datorită distrugerii masive musculare și vasculare și faptului că părinții s'au opus unei amputații de necesitate.

Deși serul a fost folosit pe o scară așa de întinsă nu am observat decât un singur caz de boala serului manifestată prin dureri articulare și erupție urticariană, care a cedat în două zile la tratamentul cu adrenalină, clorură de calciu per os și regim hidrolactic.

* * *

Statistica de față nu vrea să arate activitatea serviciului chirurgical a Spitalului de Stat din Turda, sau nenorocirea pe care a aruncat-o trecerea războiului prin această regiune; ea pune probleme noi, care se cer rezolvate imediat, odată cu toate problemele ce au născut din evoluția războiului.

Față de un accident, de o rănire, sau o lovire comună, medicul sau chirurgul se ocupă de accidentați, având ca singur scop vindecarea rănii (Poenu Căpălescu).

Accidentele de care ne ocupăm nu sunt simple accidente de pace.

Ele au o importanță socială cu atât mai mare cu cât s'au produs și în multe alte regiuni ale țării, unde frontul a stagnat, făcând un mare număr de victime mai ales printre copii. În toate aceste regiuni chirurgul a căutat totdeauna vindecarea bolnavului — dar cu ce preț? — de multe ori fiind obligat a renunța la un membru la un ochi sau amândoi. Medicul a redat astfel pe accidentat societății, dar numai ca pe un membru mai mult sau mai puțin inactiv, uneori chiar simplu parazit. Accidentele acestea au lăsat la un însemnat număr de bolnavi defecțiuni cari au urmărit atât asupra individului, privit din punct de vedere moral și material, cât și asupra societății, care dacă nu se îngrijește la timp de ei va trebui să-i suporte ca cerșetori sau invalizi retribuiți de Stat până la stingerea acestei generații.

Necesitățile și drepturile accidentaților de războiu fiind legiferate se cere numai aplicarea imediată a celor prevăzute.

Aplicarea măsurilor legiferate de reeducare trebuie făcută imediat pentru motive de ordin fiziologic, psihologic și social și acestor indivizi, care vor deveni altfel o sarcină pentru societate ca cerșetori, sau trântori, profitori ai diverselor societăți de binefacere, care, lucrând separat nu vor putea rezolva niciodată problema în mod rațional.

Din punct de vedere fiziologic, aplicarea imediată a reeducării e necesară pentru ca timpul să nu aducă atrofia musculară și retracțiile produse de neîntrebuințarea membrilor, atrofii și retracții ce vor reduce mult folosirea bonturilor. Pentru menținerea elasticității și contractilității musculare, e necesar ca chiar imediat după operații, bolnavul să facă mișcări cu segmentele de membre salvate și imediat ce starea locală permite să se aplice un aparat ortopedic provizoriu. În Spitalul de Stat din Turda aparatele ortopedice nu au fost aplicate în nici un caz din cauza lipsei lor, dar s'a insistat mereu pe lângă bolnavi să-și mobilizeze segmentele rămase și să execute toate mișcărilor posibile.

Din punct de vedere psihologic se cere reeducarea imediată pentru a nu se lăsa timpul necesar unei perversiuni sufletești, în urma căreia acești nenorociți să prefere a trăi ca cerșetori — meserie adesea foarte productivă — refuzând ajutorul pe care statul va căuta să li-l dea prea târziu, prin reeducarea lor.

Din punct de vedere social, trebuie aplicată imediat reeducarea căci ea „are de scop să restabilească mai mult sau mai puțin complet funcționarea organismului pentru ca mutilații să poată fi redați societății ca oameni buni de muncă” (Poenu Căpălescu).

Reeducarea acestor mici invalizi e cu atât mai ușoară, cu cât neavând nici o profesiune, orientarea lor profesională se face odată cu reeducarea și după aptitudinile fiziologice rămase.

Contribuțiuni la studiul anevrismelor arterio-venoase traumatice

de

Med. Lt.-Col. Dr. R. Bratu

și

Dr. L. V. Hica

Anevrismele arterio-venoase traumatice sunt după cum se știe, o raritate în timp de pace. Ele alcătuiesc însă o parte însemnată din patologia vasculară de războiu, cu repercursiuni extinse asupra întregului aparat circulator.

Odată cu acestea au trecut neobservate în faza

inițială, actualitatea lor se remarcă mai cu seamă în perioada postbelică, atunci când survin în practică sub formă de fistule și anevrisme arterio-venoase saculare, cu tot cortegiul turburărilor consecutive.

Aceasta ne determină să redăm câteva considerațiuni în legătură cu cele 4 cazuri de anevrisme arte-

rio-vasculare definitiv organizate, dintre care 3 operate, după plăgi prin armă de foc, întâlnite pe un număr de 2.750 răniți internați în Spitalul Militar Alba-Iulia, în cursul ultimului războiu. Facem această proporție în scopul unei oarecari orientări procentuale, deoarece până în prezent statisticile de totalizare lipsesc. Cazurile noastre nu numără decât anevrismele definitiv consolidate, fără să cuprindă și pe cele proaspete, — hematoamele pulsatile, — care își au importanța maximă în timpul războiului însuși.

Obs. I. Serg. Maj. T. Gh. 22 ani, din C. T. Alba, rănit în ziua de 22 Sept. 1944, prin glonte în regiunea axilară dreaptă (plăgă transfixiantă, cu orificiile punctiforme). Plăgile se vindecă după două săptămâni.

Pe data de 18 Ianuarie 1945, se internează în Spitalul Militar Alba-Iulia, acuzând o scădere a forței musculare în membrul superior drept, la nivelul căruia are în mod continuu o senzație de frig. Bolnavul se mai plânge că scrisul său, până atunci caligrafic, i se alterează pe zi ce trece.

La examenul obiectiv, se constată prezența unei fistule arterio-venoase cu simptomatologie loco-regională clasică, interesând vasele axilare drepte. Thrillul și suflul continuu cu întărire sistolică sunt foarte net perceptibile, fără ca să se poată palpa nicio formațiune saculară. Pulsul radial este imperceptibil, dar reapare odată cu comprimarea regiunii fistuloase, când dispare însă thrillul și suflul (semnul lui Terrier), răbindu-se concomitent și pulsul carotidian dela 112 la 85 tăi pe minut (semnul lui Branham). Membrul este comparativ mai palid decât cel sănătos iar forța dinamometrică scăzută la mâna dreaptă (45 față de 70 stg.). Tensiunea arterială V. L. M_X. 10—MN 4,5,

față de M_x. 12—MN 7 la brațul stg. Cordul, afară de tachicardia compensatoare, prezintă semnele discrete ale unei hipertrofii drepte. R. W. este negativă. Eritrocitoza 5.200.000.

Este operat¹⁾ pe data de 24 Ianuarie 1945, sub narcoză cu aether. Se disecă elementele vasculo-nervoase și traectul fistulos, care are o lungime abea de 2 mm. Acesta se ligaturează, dar neputându-se aplica o dublă ligatură se extirpă porțiunea de venă dilatăată corespunzătoare, între două ligaturi, pe o lungime de aproximativ 2 cm. (Fig. 1).

Ameliorarea circulației s'a produs din primele zile, iar bolnavul a părăsit spitalul vindecat, pe data de 12 Februarie 1945.

• *Obs. II.* Sold. T. I. de 24 ani, din Bat. 8 V. M. Rănit în 28 Oct. 1944, prin schije în regiunea occipitală (plăgă penetrantă craniană, cu lipsă de substanță osoasă de mărimea unei piese de 5 lei) și prin glonte (plăgă transfixiantă cu orificii punctiforme) în 1/3 inferioară a brațului drept. Pe front, s'a intervenit asupra regiunii craniene, care se vindecă abia după 3 luni de zile, în timp ce plăgile brațului s'au cicatrizat spontan după circa 20 zile. În urma leziunii craniene, bolnavul a rămas cu ușoare turburări vizuale O. D.

Bolnavul se internează în Spitalul Militar Alba-Iulia, pe data de 22 Ian. 1945, cu fenomene de cauzalgie a nervului median drept. Durerile s'au instalat la circa o lună de zile după rănire și s'au accentuat în ultimul timp.

La examenul membrului, se constată atât la inspecție cât și la palpate o tumoretă dură, elastică, de mărimea unei nuci mari, situată pe fața anterioară a brațului drept, în 1/3 inferioară. Tumora nu prezintă fenomene inflamatorii și bolnavul declară că s'a ivit la scurt timp după rănire, fără a-și schimba volumul de atunci și până acum. Este lipsită de pulsații și pare a fi constituită din doi lobi. La nivelul tumorii și a plicei co-

¹⁾ Bolnavul a fost operat împreună cu Dl Prof. V. Butureanu — Iași.

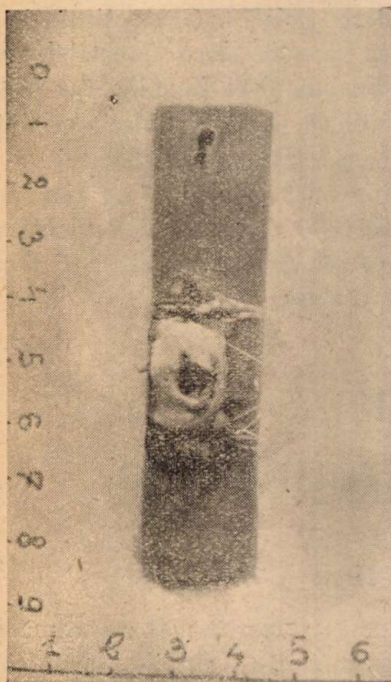


Fig. 1. — Segmentul venos al fistulei axilare din obs. I, extirpat și deschis astfel încât să se poată aprecia dimensiunea orificiului fistulos.

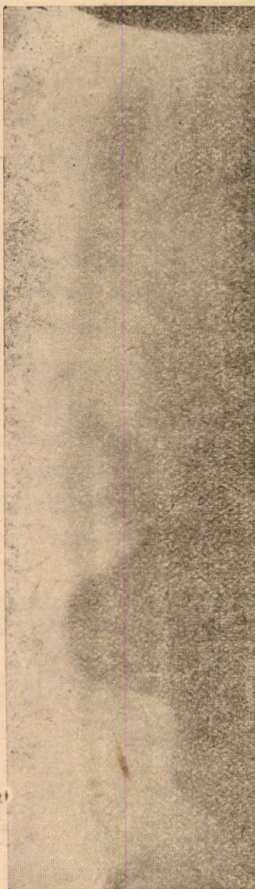


Fig. 2. — Anevristmografia indirectă ascendentă, a anevrismului din obs. II, executată antero-posterior.

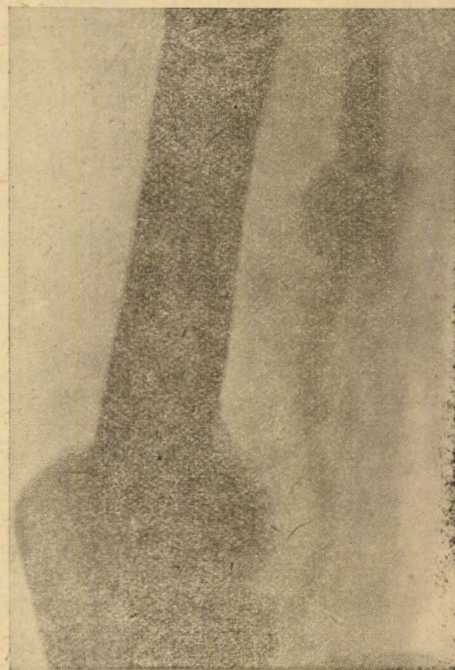


Fig. 3. — Aceeași, executată lateral.

tului, se observă o rețea bogată de vene dilatate. Se percepe thrillul și suflul caracteristic, cu propagare mai întinsă proximală. Semnele Terrier și Branham prezente. Pulsul radial slab perceptibil și ușor tachicardic (98 bătăi pe min.). Cordul între limite normale. R. W. intens pozitivă. Eritropenie de 4.000.000 globule roșii pe mmc.

În vederea tratamentului operator, căutăm să ne orientăm asupra conformației sacului anevrismal, practicând o anevrismografie indirectă ascendentă. Fig. 2 și 3, arată anevrismul artero-venos reprodus pe cale venoasă, precum și sistemul colateral.

Pentru a determina precis forma, dimensiunea și conținutul sacului, am practicat anevrismografia percutanată directă. Fig. 4 și 5, arată sacul constituit din doi lobi și lipsit de coaguli sanghini.

Bolnavul a fost operat pe data de 9 Febr. 1945, sub narcroză cu aether, membrul fiind anemiât în prealabil și cu garou la rădăcina sa. Țesuturile fiind foarte scleroase este necesară descoperirea vaselor deasupra și dedesubtul leziunii, pentru a putea diseca elementele concentric spre sac. Cu această ocazie, se confirmă că sacul este constituit din doi lobi, dintre care fiecare este afectat câte unei vene umurale. La nivelul intercomunicației dintre cei doi lobi, se află artera umerală (fig. 6).

Nervul median, intim aderent de sac, se află inclus într-o teacă conjunctivă densă, dependentă de aceea a anevrismului. Se practică neuroliza cu multă dificultate. Se izolează apoi colateralele în imediata apropiere a sacului, ligaturându-se și secționându-se razant pe sac. Acesta a fost îndepărtat în totalitate, iar pentru nervul median am creiat un tunel musculo-grăsos.

După operație circulația membrului nu a avut nimic de suferit, iar fenomenele cauzalgice s'au suprimat treptat, bolnavul părăsind spitalul vindecat, după ce a fost ținut sub observație până la data de 30 Martie 1945. Recent, bolnavul ne-a scris din proprie inițiativă, că se simte bine și ne mulțumește.

Obs. III. Capor. R. A. de 28 ani, din C. T. Alba. Rănit la 18 August 1944 prin glonte în regiunea exilară dreaptă (plagă transfixiantă cu orificiile punctiforme). Plăgile se cicatrizează la

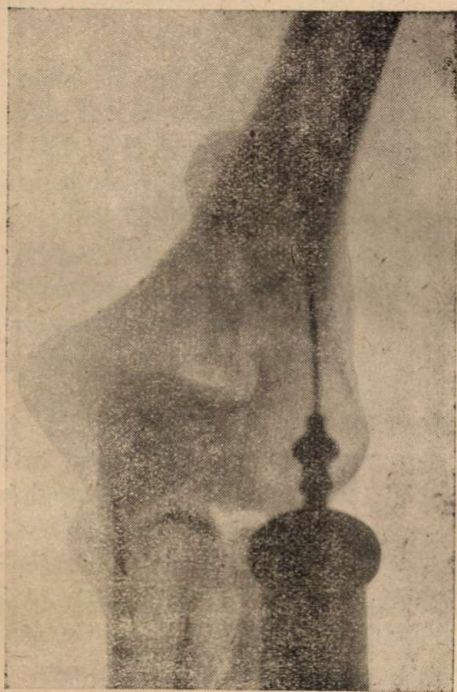


Fig. 4. — Anevristmografia directă A-P, a anevrismului din obs. II.

câteva zile după rănire, dar i se atrage atenția asupra existenței unei fistule arterio-venoase a vaselor axilare drepte și i se recomandă intervenția ulterioară. Bolnavul refuză și se prezintă la comisia de clasare a invalizilor de război, unde este văzut de noi la 24 Martie 1945.

Subiectiv, bolnavul are vagi acuze de furnicături în membrul superior drept și o oarecare diminuare a forței fizice a mâinii corespunzătoare. Obiectiv, în afară de semnele clasice ale unei fistule arterio-venoase axilare, nu se constată decât o ușoară paloare a degetelor mâinii drepte. Cordul ușor tachicardic (94 bătăi pe minut) este în limitele normale. Tensiunea arterială este scăzută la nivelul brațului drept și prezintă o formulă divergentă (Mx. 13—Mn. 6,5 V. L. față de Mx. 14—Mn. 8 brațul stg.). Eritrocitoza 6.100.000.

Îi propunem intervenția, însă bolnavul o refuză.

Obs. IV. Serg. B. I. de 23 ani din C. T. Deva. Rănit pe data de 22 Nov. 1944 prin schije de obuz la nivelul 1/3 mijlocii a coapsei drepte (plagă oarbă). La ambulanță s'a extras schija, iar plaga s'a cicatrizat complet în decurs de 40 zile.

Se internează în Spitalul Militar Alba-Iulia pe data de 27 Aug. 1945, pentru o plagă ulcerată la nivelul fesei drepte, care nu are nicio legătură cu anevrismul.

La examenul obiectiv, am constatat prin palparea cicatricii un anevrism arterio-venos sacular, de mărimea unui ou mic, la nivelul unirii 1/3 emdii cu 1/3 inf. a coapsei drepte, care aparține vaselor femurale.

Subiectiv, bolnavul nu prezenta nicio acuză. Obiectiv, leziunea avea toate semnele caracteristice ale unui anevrism arterio-venos al femuralelor. Cordul tachicardic (102 bătăi pe minut) era global dilatat. R. W. negativă. Eritrocitoza 7.100.000. Pulsul sub nivelul leziunii, era perceptibil dealungul traectului arterial principal, iar oscilațiunile sfigmo-manometrice prezente. Proba Moskowicz însă (reacția hiperemică apărută după compresiunea arterei principale deasupra anevrismului, practică după anemiarea prealabilă a membrului), indică o circulație colaterală multumitoare.

I-am făcut o anevrismografie directă (fig. 7), unde se vede sacul, reperat de ac, cu contur neregulat, datorită coagulilor sanghini din interior. Deasupra sacului, se observă — mai șters — segmentul ultim al arterei aferente, iar lângă ea umbra densă a venei eferente, foarte mult dilatată. Sub sac, se află artera eferentă, având calibrul regulat, iar alături și în parte suprapusă, imaginea venei aferente dilatată în segmentul ultim, înainte de a intra în sac. Vasele femurale se încrucișează în partea inferioară a clișeului. Circulația colaterală absentă, dar lipsa ima-

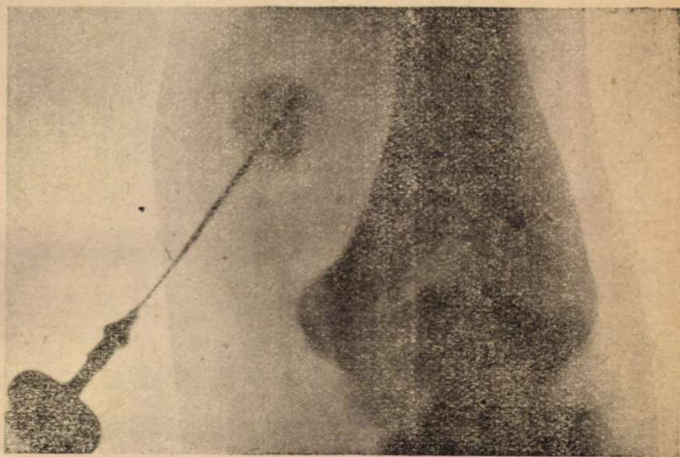


Fig. 5. — Aceeași, executată lateral.

ginei femuralei profunde pe radiografia executată în regiunea inferioară a coapsei, ne arată că anevrismul se găsește situat sub emergența ei.

Bolnavul a fost operat pe data de 30 Sept. 1945, sub rachianestezie, membrul fiind anemiast în prealabil și cu un garon aplicat la bază. Am abordat direct sacul, iar când l-am deschis și curățit de coaguli pentru a-i descoperi orificiile, am întâmpinat mari dificultăți, deoarece pe lângă toate preparativele regiunea era foarte sângeroasă. Am identificat cele patru orificii vasculare principale, fără a găsi colaterale care să se deschidă în sac. Hemoragia arterială destul de vie din capătul periferic al arterei eferente, ivită după comprimarea arterei principale aferente și relaxarea garoului, ne-a arătat o irigare multumitoare a membrului pe cale colaterală (Henle, Coenen, Lexer). Am suturat apoi pe cale endonevrismală toate orificiile vasculare, obliterându-le sub citrare continuă a plăgii și am capitonat sacul cu proprii săi pereți rămași liberi. Am refăcut planurile musculare strâns în jurul leziunii și după închiderea plăgii, am administrat coagulante operatului pe cale intramusculară și intravenoasă și am aplicat termofoare dealungul membrului, supraveghindu-l tot timpul foarte îndeaproape, cu un garou plasat în apropierea sa. Bolnavul a părăsit spitalul pe data de 18 Oct. 1945, vindecat, având cordul de aspect normal și eritrocitoza 5.800.000.

* * *

Din relatarea foilor de observație, rezultă că ne-am aflat în fața alor patru nevrisme arterio-venoase de război, care aveau la data internării în spital între 3 și 9 luni vechime.

În primele trei cazuri bolnavii ne-au consultat pentru suferințe în legătură evidentă cu anevrismul, în timp ce la al patrulea leziunea vasculară a fost numai accidental descoperită.

Etiologia acestor anevrisme traumatice, a fost constituită în toate cazurile de proiectile provenite din arme de foc. În trei dintre leziuni agentul vulnerant a fost glonte, care a cauzat orificii tegumentare punctiforme și numai în unul schija de obuz. Schija a interesat însă o regiune bogată în musculatură, unde rolul de culisă a mușchilor și acțiunea lor tromboki-

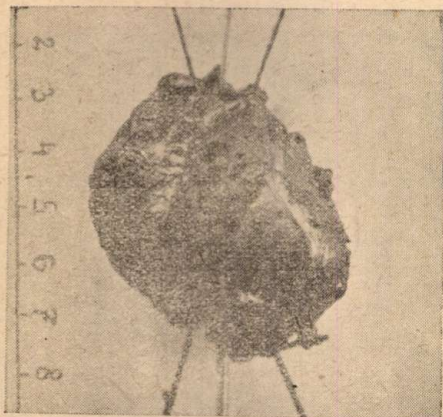


Fig. 6. — Anevristm arterio-bivenos, cu sac bilobat al regiunii brachiale. Un stilet butonat este introdus prin arteră. De o parte și de alta, câte un fir de catgut străbate venele principale tracionând lateral orificiile sectionate razant pe sac (vezi obs. II).

netică (C. Franz) a putut masca și opri hemoragia, înainte ca aceasta să trădeze leziunea vasculară.

Din punct de vedere anatomo-patologic, două au fost fistule arterio-venoase ale axilarelor. Unul a fost un anevrism de conformație rară, de natura celui descris de Parr, unde o arteră comunica cu două vene printr'un anevrism bilobat al umeralei (fig. 6). Iar ultimul, un anevrism sacular al femuralelor. Acesta din urmă a conținut și coaguli sanghinei, ceea ce după Chévrier poate surveni în 20% a cazurilor chiar și în anevrismele arterio-venoase, în care circulația este atât de vie, atunci când endotelizarea este întârziată. Observația noastră confirmă această afirmație, în oarecare măsură chiar și procentual (1/4).

Ambele anevrisme saculare, au fost bineînțelese „false” (aneurysma spurium), cu pereți organizați pe seama câte unui hematom pulsatil. Toate cele trei anevrisme operate au fost cuprinse într'o zonă de proliferare fibroasă (de apărare după Grégoire, proces banal după Leriche), care a făcut foarte dificilă intervenția.

În două din cazuri (Obs. I, Obs. IV), vena eferentă am aflat-o mult dilatăată. În cazul al II-lea, lipsa acestei modificări poate fi datorită căii largi de întoarcere a sângelui arterial în circulația venoasă, prin cele două vene adiacente.

Fizio-patologic, am constatat și noi în toate cazurile vacuitatea sistemului arterial, produsă de aspirația venoasă prin scurtul circuit anevrismal. Această vacuitate este dovedită de tensiunea arterială scăzută în membrul lezat și de divergența formulei tensiometrice.

Răsunetul cardiac l-am aflat în toate cazurile, sub formă de tachicardie mai mult sau mai puțin accentuată, iar în două din cazuri (I și IV), am aflat și modificări de volum ale inimii înainte de intervenție. Dilatarea a fost mai accentuată în cazul anevrismului femural, ceea ce pledează pentru părerea celor mai mulți autori, care susțin că această consecință apare mai cu seamă consecutiv anevrismelor membrilor inferioare, iar nu la acelea care sunt situate mai aproape de cord.

Hiperglobulia aflată de noi în trei din cazuri, este un fenomen pe care nu l-am găsit citat în literatura consultată. Noi credem, că această hiperglobulie este o reacție compensatoare de apărare a organismului, care împreună cu tachicardia și hipertrofia cordului, caută să facă față cerințelor de nutriție periferică în membrul spoliat de o parte însemnată a sângelui arterial. Avem chiar convingerea, că cu cât anevrismul este mai grav, cu atât hiperglobulia crește. Prin aceasta se evită un timp apariția turburărilor trofice regionale, cum am constatat în cazul anevrismului fe-

muralelor, unde am aflat 7.010.000 globule roșii pe cmc. Hiperglobulia se reduce după operație concomitent cu tachicardia și hipertrofia cordului, cum am observat în trei din cazurile noastre.

Hipoglobulia de 4.000.000 constatată în cazul anevrismului umeral, poate fi cauzată — credem noi — atât de supurația craniană îndelungată pe care a suportat-o bolnavul, cât și de benignitatea relativă a anevrismului respectiv.

În anevrismul femuralei și al umeralei, nu am constatat turburări trofice. În schimb le-am găsit în ambele anevrisme axilare.

Într'un singur caz am aflat complicații nervoase, o cauzalgie a medianului, care a fost rezolvată prin neurtoliză.

Simptomatologia a fost patognomonică în toate cazurile noastre. Unele anevrisme cu timpul își pot pierde însă caracterele specifice, prin transformări mergând chiar până la osificarea pereților, sau fiind mici și pofund situate nu se pot depista ușor. Pe de altă parte, astăzi se știe că niciun simptom izolat nu este patognomic pentru anevrism, cum se credea înainte despre suflu sau thrill. De aceea, nu are valoare diagnostică decât asocierea mai multor simptome. Dar înainte de toate, medicul trebuie să se gândească la posibilitatea existenței acestei leziuni la toți foștii răniți de războiu, care ne consultă pentru suferințe în aparență de altă natură, ca: astenie, mers sau muncă manuală nesigure; dispnee, disfagie sau răgușeală (în anevrismele gâtului); neliniște psihică, palpitații, varce sau ulcere varicoase și mai ales cardiopatii, etc.

Pentru precizarea diagnosticului topografic al leziunii în vederea operației, noi credem utilă uneori radiografierea anevrismelor și anume în următoarele împrejurări: 1. atunci când nu avem certitudinea că există anevrism la nivelul unde percepem suflu și thrill, deoarece știm că aceste simptome pot fi produse și de compresii, cuduri sau cicatrici vasculare, în lipsa oricărei intercomunicări arterio-venoase; 2. ori de câte ori nu putem preciza sediul leziunii, manifestările sale putând fi propagate dela distanță, sau chiar dela alt vas; 3. când arteriografia ca examen complementar este indispensabilă pentru precizarea circulației colaterale; 4. în anevrismele arterio-venoase saculare, pentru a ne orienta asupra conformației și conținutului lor.

Ca substanțe de contrast, se întrebuințează iodura de sodiu în concentrație de 20—25%, Skiodanul, Perabrodiul în sol. de 35%, Uroselectanul, Thorotras-tul și Vasoselectanul. Întrebuințarea sărurilor de thoriu este cea mai puțin indicată, datorită leziunilor hepatice consecutive și acțiunii radio-actieve pe care o are această substanță, acțiune care până în prezent

este necontrolabilă în organism. Cele mai preferabile par a fi derivatele abrodiului, care este un mono-iodo-metan sulfonat de sodiu ($\text{ICH}_2\text{SO}_3\text{Na}$), conținând 52% iod.

Trebuie să se facă însă deosebirea între arteriografia propriu zisă și anevrismografie. Cea dintâi, în scopul pentru care este indicată, necesită o aparatură specială pentru injectarea sub presiune a unei cantități relativ mari de substanță de contrast, în soluție concentrată. În aceste condițiuni se pot produce accidente ischemice, dintre care cea mai gravă este gangrena rapid instalată, prin spasmul arterial masiv provocat de compușii iodici, pe un teren artritic (H. Reboul—M. Racine).

În anevrismografii, nu avem însă nevoie de precizarea tuturor contururilor vasculare, ci numai de diagnosticul de prezență, conformație și sediu a intercomunicării arterio-venoase și eventual de irigația colaterală. Acestea se pot obține cu cantități mult mai mici de substanță, în concentrație redusă, injectată cu ajutorul unei seringi obișnuite fără presiune prea mare, respectând bineînțelesele principii generale ale vasografiei.

Noi am simplificat și mai mult tehnica anevris-

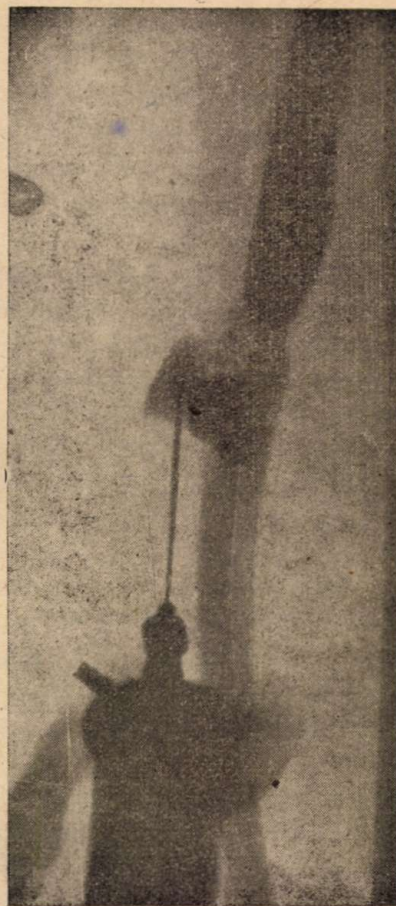


Fig. 7. — Anevristmografia directă, a anevrismului din obs. IV.

mografiilor prin aplicarea următoarelor metode percutante:

a) În anevrismul arterio-venos umeral, situat deasupra plicei cotului, am aplicat câte un garou aproximativ la un lat de palmă deasupra și dedesubtul leziunii. Am punctat apoi vena bazilică lăsând să se scurgă circa 10 cmc. sânge. Prin același ac, am injectat în urmă 5 cmc. soluție de odură de sodiu 20% și am executat două radiografii, una din față și alta din profil. Subiectiv, bolnavul a acuzat dureri locale în momentul injectării, care au încetat imediat după îndepărtarea garourilor. A fost pus apoi în repaos și nu s'a mai observat absolut nici o turburare. În altă ședință, am aplicat membrul bolnav fără nici un garou, cu fața dorsală pe placa radiografică. Am punctat cu un ac fin tumora anevrismală, înaintând cu delicateță în profunzime, până când apariția câterva picături de sânge arterial ne-a indicat că ne aflăm în lumenul ei. Am adaptat siringa cu iodură de sodiu la ac și am injectat 2,5 cmc. soluție în aceeași unitate de timp cu expunerea, dând membrului o poziție potrivită pentru a obține profunzimea la care este situat sacul față de tegumente.

b) În anevrismul femural, am practicat tot punctarea directă a sacului anevrismal, cu deosebirea că substanța de contrast întrebuințată a fost perabrodilul, în cantitate de 10 cmc., expunând în timpul injectării ultimilor 4 cmc. (vezi figurile).

Din relatarea acestor tehnici, la care se adaugă și arteriografia propriu zisă, rezultă că se poate obține imaginea radiografică a unui anevrism arterio-venos în trei moduri, care propunem să fie încadrate în următoarea nomenclatură:

1. *Anevristmografia directă*, prin injectarea substanței opace direct în sacul anevrismal. Metodă percutanată expeditivă și nevătmătoare, care constituie după noi procedul de elecție în anevrismele arterio-venoase saculare. Nu o contraindicăm decât în anevrismele recente care pot conține trombi sanghin încă neorganizați. Durata injectării trebuie să fie minimă și pe cât posibil sincronă cu expunerea, deoarece curentul sanghin rapid dela nivelul intercomunicării dispersează repede substanța de contrast, fapt care are repercusiuni asupra clarității radiografiilor obținute. Aceasta o deosebește fundamental de vasografiile arteriale sau venoase pure, unde soluția de contrast circulă într'un sistem tubular mai mult sau mai puțin închis.

2. *Anevristmografia indirectă descendentă*, derivată din metoda clasică a arteriografiei, constă în injectarea substanței opace în artera aferentă după descoperirea acesteia și își are indicația în fistulele arterio-venoase.

3. *Anevristmografia indirectă ascendentă* este aplicabilă și ea uneori, datorită venectaziilor și anastomozelor prezente în regiunile anevrismale și se obține prin injectarea soluției în una din venele superficiale, sub hemosază provizorie.

Anevristmografiile astfel obținute, furnizează datele necesare operatorului, pe lângă riscuri minime. Pentru a obține detalii mai bogate, în cazuri particulare, vom administra soluții mai concentrate în cantitate ceva mai mare, utilizând aceleași procedee.

Pericolele acestui mijloc prețios de investigație nu trebuiesc însă bagatelizate și, pentru a evita accidentele, recomandăm să se practice numai în cazurile strict indicate și care nu prezintă turburări trofice mari ale extremităților.

Pentru a preîntâmpina aceste accidente, e bine să se depisteze aptitudinea spasmogenă a indivizilor cărorora urmează să li se injecteze interarterial sau intraanevrismal compuși iodici, prin testul adrenalinic al lui L. Bazy, H. Reboul și M. Racine. În acest scop se injectează intradermic o soluție de 1‰ adrenalină, în cantitate de 0,10 cmc. În mod normal, apare o reacție simpatică localizată la nivelul injecțiunii, manifestată printr'o zonă anemiata de mx. 2 cm. diametru în 15 minute. La indivizii predispuși la spasmofilie, reacția simpatică se produce în decurs de 5—10 minute și poate dura peste o jumătate de oră, iar zona decolorată este mult mai întinsă și de acest aspect adeseori echimotic. La aceștia din urmă, practicarea anevristmografiei prin injectarea parenterală de compuși iodici, este categoric contraindicată, deoarece există pericolul iminent al gangrenei prin spasm arterial.

În conduita terapeutică a nevristmeltr noastre, ne-am condus după principiul „primum nil nocere” și și am ales întotdeauna calea cea mai simplă și care ni s'a părut cea mai sigură, cu privire la evoluția post-operatorie.

Ca indicație, ne asociem păreri autorilor care susțin că toate anevrismele arterio-venoase trebuiesc operate, deci și fistulele, având în vedere prognosticul lor. Motivul constă în faptul că mai de vreme sau mai târziu, inima (pentru a nu vorbi decât de consecințele cardiace), supusă la un efort suplimentar va sfârși prin asistolie, deoarece în general, anevrismele arterio-venoase nu au tendință la vindecare spontană, decât în primele zile ale apariției lor.

Abținerea este excepțional justificată, numai în fistulele situate în regiuni greu abordabile, la indivizi care nu sunt expuși unor eforturi fizice mari (b. o. vertebrala, la intelectuali). Aceasta din cauză că fistula pe lângă că produce o jenă circulatorie mică, prin absența sacului și staza periferică relativ redusă, regiunea periculoasă în care este eventual situată, face

ca riscul operator să prevaleze față de prognosticul probabil al anevrismului neoperat.

Problema timpului indicat pentru operație, nu s'a pus pentru noi, deoarece toate anevrismele erau organizate și trecute de faza septică. Amintim însă, că experiența recentă a stabilit în această privință conduita următoare: numai în anevrismele popliteei, ale iliacei externe și ale femuralei să se aștepte mai mult de șase săptămâni, în timp ce la celelalte artere, intervalul de timp de trei săptămâni este în general suficient (C. Franz), pentru a nu întâmpina dificultăți tehnice prea mari, prin transformarea fibro-scleroasă a regiunii. Acest interval nu trebuie calculat dela data rănirii, ci dela data cicatrizării complete a plăgilor, sau închiderii fistulelor consecutive (Descomps).

Bineînțeles însă, că fiecare caz trebuie privit individual și ținut seamă de faptul, că operația anevrismelor poate deveni o intervenție de urgență (Lexer) în cele infectate și că singură observația clinică a fiecărui caz în parte, ne poate indica momentul necesar sau cel mai favorabil pentru operație.

Circulația colaterală am explorat-o prin examinarea pulsului (Delbet, Arrou, V. Haberer), prin oscilometrie și prin proba Moskowicz, care sunt bine să se practice oricare ar fi importanța vasului și conduita operatorie proiectată, pentru a fi informați asupra prognosticului în cazul când trebuie să recurgem la ligatura trunchiului principal. La nevoie vom putea recurge și la arteriografie, respectiv la anevrismografie.

Ca. tratament preoperator, noi nu am întreprins compresia exercitată timp îndelungat asupra arterei aferente (Fromme), sau aplicarea unei ligaturi incomplete (Halsted, Matas). Aceste procedee, ce au de scop activarea circulației colaterale în anevrismele care nu reclamă intervenția urgentă, sunt nesigure ca rezultat. Ele nu sunt indicate decât în anevrismele voluminoase ale carotidei primitive sau interne, ale femuralei deasupra emergenței profunde și în cele ale popliteei. De altfel Haberer și Küttner contraindică aceste metode, nevăzând într'ânsele decât îngreunarea actului operator ulterior, prin favorizarea friabilității tisulare, care este primă consecință a hiperemiei.

Operația însăși, am executat-o când a fost posibil, pe membrele anemiate prin banda Esmarch și sub hemostază provizorie cu garou. În cazul fistulei axilare, am descoperit vasele deasupra și dedesubtul leziunii, aplicând pe fiecare din câte un fir de așteptare nestrâns, protejându-le prin inele de tifon, fără hemostază prealabilă. Acest caz a fost singurul care s'a pretat la restitutio ad integrum a circulației arteriale, prin ligaturarea fistulei axilare și extirparea

porțiunii de venă împreună cu canalul fistulos corespunzător.

Anevristul umeralei s'a putut extirpa în întregime, fără nicio pierdere pentru nutriția membrului. Suprimarea compresiei pe care sacul o exercita asupra sistemului vascular și nervos din vecinătate, o considerăm în cazul acesta, un avantaj pentru irigarea membrului.

În anevrismul femuralei, aderențele fibroase întinse și raportul întreținut de sac cu elementele vecine, ar fi făcut posibilă extirparea numai cu sacrificarea unei mase tisulare mari, traumatizând inutil regiunea și prelungind peste măsură durata operației. În plus, circulația colaterală relativ redusă, cu toate că leziunea se afla sub emergența femuralei profunde, ne-au făcut să respectăm sistemul de apărare creat de organism și evidențiat în cursul operației prin proba Henle, Coenen, Lexer pozitivă.

Aceste multiple considerente, la care se adaugă și faptul că pereții sacului erau destul de supli, ne-au determinat să operăm cât mai economic și să lăsăm sacul pe loc, obliterând orificiile vasculare și capitonând cavitatea saculară după Matas, fără pregătirea prealabilă a vaselor deasupra și dedesubtul anevrismului.

În legătură cu tratamentul chirurgical, trebuie menționat marele progres tehnic realizat prin suturile și grefele vasculare care permit restaurarea circulației principale. Dar aceste metode de viitor, care au dat în mâna unor autori numeroase rezultate frumoase până acum, necesită o punere la punct precisă. Ele nu au intrat încă în practica curentă, din motivul hemoragiilor postoperatorii la care expun cu multă ușurință și posibilitatea pe care o lasă dezvoltării unui anevrism arterial la nivelul suturii.

Restaurarea circulației arteriale fără riscurile de mai sus, este posibilă numai în fistulele arterio-venoase când vasele nu sunt alipite intim, lăsând spațiu suficient pentru aplicarea ligaturilor pe fistulă și separarea arterei de venă.

Pentru anevrismele saculare, tratamentul curent de elecție rămâne extirparea între quadruplă ligatură, care evită în mod sigur recidiva și endoanevrismorafia obliterantă — Matas.

Autorii englezi și italieni (Pascale, Mosti) practică de preferință extirparea sacului în totalitate. În executarea acesteia, trebuie avută precauțiunea de a secționa toate vasele razant pe sac, pentru a economisi cât mai mult sistemul colateral.

Endoanevrismorafia obliterantă este mai rapid de executat și traumatizează mai puțin țesuturile. Ea este procedeul cel mai răspândit astăzi, în cura operatorie a anevrismelor arterio-venoase saculare, dar

nu evită întotdeauna cu certitudine recidiva. Marele său avantaj constă, în deficitul minim vascular pe care-l cauzează. Operația se simplifică și mai mult, deschizând sacul fără prepararea prealabilă a arterei deasupra și dedesuptul său, ci numai operând între două garouri, pe membrul anemiât (Kikuzi). Prepararea vaselor și ligaturarea lor provizorie este necesară numai atunci, când anemierea nu se poate realiza și menține, b. o. în regiunea cervicală (Bier).

Oricare din conduitele de mai sus, trebuie adaptată fiecărui caz în parte și de multe ori numai în timpul operației se poate ști, care dintre metode este singura posibilă, sau care este cea mai avantajoasă.

Complicația de temut a acestor intervenții, mai ales după ligatură cu extirpare, este gangrena prin ischemie a regiunii subjacente, consecutivă obliterării vaselor. Aceasta, apare mai frecvent la femurală în 1/3 superioară și poplitee. Chiar dacă gangrena poate fi evitată, ligaturarea lor lasă întotdeauna urmări circulatorii și trofice mai mult sau mai puțin grave, tot așa precum ligatura carotidei primitive sau interne, poate da complicații cerebrale în 50% din cazuri.

Pentru prevenirea acestor complicații, prin ameliorarea circulației colaterale la nivelul membrilor inferioare, care sunt incomparabil mai periclitare decât cele superioare, se recomandă asocierea la intervenția pe anevrism și una pe simpatic. Această operație ar consta după Danielopolu și Aslan, dintr'un prim timp în care se face secțiunea simpaticului în trelombo-sacrat, iar după cel puțin patru săptămâni, în timpul al doilea, urmează să se practice intervenția pe sacul anevrismal.

Evoluția postoperatorie a cazurilor noastre a fost bună. Manifestările cardiace și hiperglobulia au dispărut primele, apoi cele trofice și nervoase.

In concluzie, constatăm că anevrismele arterio-venoase sunt leziuni mai puțin obișnuite. În Spitalul Militar Alba-Iulia, pe 2750 răniți de război, am aflat patru asemenea anevrisme traumatice definitiv organizate.

Pe lângă simptomele clinice cunoscute, noi am găsit și hiperglobulia prezentă în trei din cazuri. Aceasta o interpretăm ca o reacție compensatoare a organismului la fel cu tachicardia și hipertrofia cordului, care sunt reductibile prin operație.

În unul dintre anevrisme am aflat coaguli sanguini intrasaculari, ceea ce este în contradicție cu părerea autorilor care susțin că anevrismele arterio-venoase ar fi lipsite de coaguli.

Anevristmul umeral din obs. II, este unul din cazurile rare, unde artera comunică cu cele două ve-

ne umurale adiacente, prin intermediul unui sac bilobat.

Anevristmografia, după tehnica indicată de noi, este un mijloc de investigație prețios și în general lipsit de riscurile arteriografiei.

Tratamentul chirurgical este indicat în toate cazurile, cu foarte rare excepții. Intervenția trebuie să fie cât mai economică și să se adapteze fiecărui caz în parte.

BIBLIOGRAFIE.

1. Aslan: Anevristmul arterio-venos traumatic, în „Probleme de medicină de război”, vol. II. Buc. 1940. — 2. A. Basset: Anévrysme artério-veineux traumatique des vaisseaux fémoraux. Quadruple ligature. Guérison. Mem. Acad. Chir. vol. LXIV. Nr. 9. 1938. — 3. A. Bier: Klinische Erscheinungen, Erkennung und Behandlung der Gefäßverletzungen, în „Handbuch der Erfahrungen im Weltkrieg” 1914—1918. Leipzig, 1922. 4. Z. Borza: Un caz de anevrism arterio-venos al arterei femurale stângi; operat; vindecat. Soc. Științelor Med. Cluj. 30 Nov. 1934. — 5. Med. Lt.-Col. Dr. V. Brătescu—Med. Maior Dr. Gh. Brătăsescu: Anevristm arterio-venos al temporalei superficiale și anevrism cirsoid al pavilionului urechii drepte. Soc. Țiinț. a ofițerilor Corpului milit. rom. 4 Dec. 1933. — 6. A. Cosăcescu—C. Stănescu: Asupra anevrismului arterio-venos. Bucovina Med. Febr.—Apr. 1943. — 7. B. Desplas—H. Reboul: Accidents de l'artériographie. Soc. nat. rf. de Chir. Ian. 1935. — 8. Otto Dyes: Angiographie. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, vol. 63, 1941. — 9. C. Franz: Lehrbuch der Kriegschirurgie. Berlin, 1942. — 10. Col. I. Gilorteanu—Maior I. Athanasie—S't. V. Popescu: Asupra alor trei cazuri de anevrism arterio-venos ale popliteei. Rev. Sanit. mil. Iulie—Aug. 1943. — 11. Grégoire: Les anévrysmes artério-veineux. Paris, 1930. — 12. Jeanneney et Soubiran: Anévrysme artério-veineux des vaisseaux tibiaux postérieurs. Journ. méd. de Bordeaux. Iunie 1938. — 13. H. Haberland: Die Entwicklung und Fortschritte der Gefäßchirurgie. Erg. der Chir. und Orth., vol. 15. 1922. — 14. W. Klostentmeyer: Die arteriographische Diagnostik der peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen Fortschr. z. Therapie, vol. 66. 1942. — 15. A. Moga—C. Manta: Anevristm arterio-venos carotidian asociat cu epilepsie. Soc. Med. a Spit. Mil. Sibiu. 16 Oct. 1942. — 16. E. Moniz: L'angiographie cérébrale. Paris, 1934. — 17. P. Moure—J. Patel: Maladies Chirurgicales des vaisseaux, în „Encyclopédie médico-chirurgicale”, Paris, 1937. — 18. D. Negru: Radiodiagnostic clinic. Sibiu, 1944. — 19. N. Protopopescu: Contribuțiuni la studiul anevrismelor arterio-venoase traumatice. Clujul Med. Mai 1928. — 20. M. Ratschow: Leistung und Bedeutung der Vasographie als Funktionsprüfung der peripheren Blutgefäße. Fortschr. z. Ther., vol. 55. 1937. — 21. H. Reboul: Artériographie des membres et de l'aorte abdominale. Paris, 1935. — 22. P. Rochet: Aneurysmographie pour anévrysme poplité. Lyon chir. Nov.—Dec. 1937. — 23. Dos Santos—A. C. Lamas—J. P. Caldas: Artériographie des membres et de l'aorte abdominale. Masson, Paris, 1931. — 24. T. Spârchez—A. Moga—I. Opreanu: Turburările cardio-vasculare în anevrismul arterio-venos traumatic. Clujul Med. Aug. 1938. — 25. P. Steiner: A hábórus aneurysmákrol. Erdélyi Muz. egyes orv. tud. szakoszt., vol. XXXIX. 1917. — 26. R. Stich—A. Fromme: Die Verletzungen der Blutgefäße und deren Folgezustände. Erg. der Chir. und Orth., vol. 13. 1921. — 27. M. Teșoiu: Un caz de anevrism arterio-venos stâng după plagă de război. Ard. Med. Ian. 1941. — 28. Tixier—Arnulf—Co-

rajod: Endoanevrismorrhaphie pour anévrysme poplité. Lyon Chir. Nov.—Dec. 1937. — 29. Tournade et Curtillet: Contribution expérimentale à la physiopathologie de l'anévrysme artério-veineux.

Arch. des mal du coeur, des vaisseaux et du sang. Aug. 1938. — 30. Wertheimer—Violet—Soustelle: Anévrysme artérioso-veineux de la fémorale superficielle. Lyon chir. Sept.—Oct. 1937.

Despre chirurgia abdominală în campanie

de

Dr. I. Mureșan

A stabili norme de funcționare din timp de pace pentru formațiunile sanitare de campanie a războaielor viitoare, este o năzuință pe cât de naturală, pe atât de iluzorie. Iluzorie mai ales în momentele de față când energia desagregării atomice pusă în slujba distrugerii promite ciocnirilor viitoare dintre popoare o înfățișare cu totul nebănuită.

Chiar în acest din urmă războiu, în care în ciuda progresului industrial și a amenințărilor nu s'a folosit nici o armă nouă, căci proiectilul și schija au fost agenții vulneranți exclusivi, cum au fost și în războiul din 1914—1918, nu s'a putut intra cu atribuțiuni bine definite pentru formațiunile noastre sanitare de campanie în ce privește asistența răniților de extremă urgență, în special al abdominalilor și a celor cu hemoragie internă.

Chirurgia abdominală practică la formațiunile sanitare de campanie înaintea războiului 1914—1918 s'a soldat cu insuccese atât de categorice, încât la începutul lui toți s'au abținut de a opera astfel de leziuni.

V. Oettingen pe baza experiențelor sale din războiul ruso-japonez afirmă că tratamentul conservativ dă o vindecare de 50% în timp ce operații mureau cu toții. Cazurile lui erau însă cele tardive văzute la câteva zile după rănire în spitalele mai din urma frontului cari aveau leziuni acoperite cu focare de peritonită localizată la cari o intervenție chirurgicală era și contraindicată și dezastruoasă.

Totuși constatările lui și ale lui Ed. Birth din Sanghai a impus o atitudine conservativă la începutul războiului 1914—1918.

În curând însă, Schmieden, Löwen, Payr, Sauerbruch au arătat că la formațiunile sanitare înaintate mortalitatea celor neoperați era 94% iar a celor operați 55%, încât în anul 1915 intervenția chirurgicală în răniurile abdominale a prins din nou teren.

Progresul realizat de atunci în chirurgia abdominală, apoi triumful celei mai elementare rațiuni de a încerca totul pentru salvarea oricărui rănit — fie chiar abdominal — a determinat organele noastre sanitare

superioare din M. A. N. să fixeze prin „Instrucțiunile Technice Sanitare” din 1927 imperativul de conduită și pentru formațiunile noastre sanitare de pe front că „în răniurile abdomenului evacuarea și intervenția chirurgicală trebuie făcute în cel mai scurt timp”.

Instrucțiunile nu erau tot atât de categorice și în fixarea modalităților de a practica această chirurgie, căci atunci când ele caută să precizeze formațiunea sanitară la care să se desfășoare această chirurgie, să creiază un echivoc motivat prin „Situția tactică” și se lasă la aprecierea chirurgilor dacă abdominalii se operează la ambulanță sau la spitalul de campanie, iar când la fixarea atribuțiunilor se spune că, Spitalul de Campanie este formațiunea dotată cu mijloace materiale și personalul necesar pentru a putea executa toate intervențiile de mare chirurgie și de a spitaliza:

1. Abdominalii cu plăgi penetrante, etc.” emite principii cari au devenit salutare tocmai când erau nesocotite.

Așa s'a întâmplat apoi că față de răniurile abdominale chirurgii dela formațiunile noastre sanitare de pe front — ambulanța divizionară și spitalul de campanie — nu aveau nici o unitate de comportare.

Unii, lăsându-se descurajați de mortalitatea mare a leziunilor abdominale de războiu, se resemnau și adoptau conduita tratamentului conservator, condamându-și la moarte răniții abdominali, dacă nu cumva unii din ei aveau noroc de o leziune mai benignă care printr'un proces de peritonită localizată ducea în cele din urmă la vindecare prin intervențiuni chirurgicale tardive.

Alții, fideli executori ai instrucțiunilor nu operează astfel de leziuni la ambulanță, ci le evacuează la spitalul de campanie neținând cont de dezastrul pe care-l provoacă un nou și anevoios transport.

Orî prescripțiunile oficiale în fixarea atribuțiunilor chirurgicale ale Amb. Div. și a Spit. de Camp. se bazează pe prezumțiuni cari au fost desmințite de felul de azi al războiului modern.

Instrucțiunile presupun că ambulanța este la 4—8 Km. iar spitalul de campanie la 15—20 Km. de linia întâia.

Intr'adevăr în reportagii de războiu se vorbea destul de chirurghi dela spitale de campanie cari „au activat sub focul artileriei inamice”. În realitate nu știu dacă s'a întâmplat vreodată.

Spitale de campanie aproape de linia I-a am avut numai excepțional în acele faze ale războiului când linia frontului era pe Prut, iar Clinicile din Iași serveau drept spitale de campanie la cari se aduceau direct răniții de pe front.

Această stare optimă pentru chirurgia răniților din linia I-a nu s'a realizat niciodată în cursul războiului dus în afara granițelor țării când distanța a devenit mult mai mare, ceea ce are influență nefastă asupra chirurgiei abdominale de pe front.

Astfel pe toată durată războiului a rămas neprecizat cine să opereze cazurile de extremă urgență, în special pe cel abdominal.

Să-i opereze chirurghul dela ambulanță care după modul de erarhizare din armată, este un chirurg cu grad mai mic, mai tânăr ca etate, deci cu experiență mai puțină, care însă prin încadrare este pus în situația norocoasă de a putea opera mai timpuriu fiind așezat mai aproape de front; sau să-i opereze chirurghul dela spitalul de campanie, care este în grad mai mare, mai în etate, deci și cu experiență mai multă, dar care în schimb este așa fel încadrat, încât la el răniții ajung cu mult mai mare întârziere, decât la ambulanță chiar când evacuările se pot face cu mijloace și în condiții optime.

Este drept că în materie de chirurgie de războiu nu se pot prescrie atribuții cu caracter de dogmă rigidă, dar nu mai puțin adevărat este și faptul că de natura atribuțiilor depinde dotarea acestor formațiuni — Amb. Div. și Spit. de Camp. — atât cu personal medical, cât și cu material sanitar, instrumental, încât o clarificare sau cel puțin o reexaminare a acestei probleme se impune.

* * *

M. A. N. în „Instrucțiuni provizorii asupra serviciului sanitar în campanie” din 1927 referitor la ambulanța divizionară scrie:

„Ambulanța fracționată sau nu, se instalează provizoriu gata de funcționare la o distanță aproximativ 4—8 Km. de linia I-a”.

„Rolul chirurgical la posturile de ambulanță se reduce la intervențiunile de extremă urgență ca: oprirea hemoragiilor, imobilizarea fracturilor, injecții cu ser anti-tetanic, precum și completarea sau schimbarea pansamentelor în caz de absolută nevoie”.

În ce privește spitalul de campanie se scrie în același loc: „Aceste spitale trebuie să se găsească pe linia generală de evacurări, ușor accesibile și ușor de găsit, la o distanță de 15—20 Km. dela linia I-a și cam la 8—10 Km. înapoia posturilor de ambulanță divizionară”.

Dar chiar și în „Instrucțiuni tehnice sanitare” din 1942 cari „au fost întocmite ținându-se seamă de experiențele câștigate în campania anului 1941 și conform cu desideratele Congresului de Chirurgie de Războiu” (Iași, Februarie 1942), după ce face clasificarea răniților de războiu în patru categorii se scrie: „Rolul ambulanței divizionare este, în principiu, de a pune răniții în stare să poată suporta evacuarea până la formațiunea de tratament = Spitalul de Campanie”.

Admite însă că atunci când situația tactică permite, postul de ambulanță divizionară poate funcționa în mod excepțional ca post chirurgical înaintat practicând chirurgia de extremă urgență.

În capitolul referitor la conduita chirurgicală a răniților vasculare se scrie: „La ambulanța divizionară se face în mod obligatoriu hemostaza definitivă. Pentru hemoragiile interne se recomandă aceiași urgență operatorie, care însă nu se poate executa decât într'o formațiune chirurgicală bine dotată = Spitalul de Campanie, excepțional Ambulanța Divizionară”.

Deci, conform instrucțiunilor tehnice, toată activitatea de mare chirurgie în zona operativă în mod normal ar trebui să se desfășoare la spitalul de campanie, la ambulanță numai în mod cu totul excepțional se admite să se practice această chirurgie. Dotarea celor două formațiuni sanitare s'a făcut, cum e și natural, conform acestor atribuțiuni.

În cursul campaniei de iarnă din Ceho-Slovia, având atribuția de chirurg al Ambulanței 10-a Divizionare, am văzut numai decât nepotrivirea instrucțiunilor cu realitatea de pe teren și consecințele ce decurgeau din această nepotrivire.

În primul rând ambulanța niciodată nu se găsea la apropierea de 4—8 Km., cu tot caracterul muntos al regiunii, prezentând adăposturi naturale reducând zona periculoasă în adâncime, cu toate că felul de războiu de urmărire cu rezistențe succesive ale inamicului dădea posibilitatea unei apropieri mai strânse de linia I-a la cari se mai adăuga și năzuința permanentă a Comandamentului Diviziei de a împinge cât mai înainte posibil ambulanța de trupele luptătoare. O singură dată, la Myava, a fost instalată ambulanța la 5 Km. când a și fost încadrată și bătută de artileria ușoară a inamicului. În tot restul campaniei, cu toți factorii favorabili unei apropieri cât mai strânse, totuși ambulanța nu s'a apropiat mai mult de 9—10

Km., fiind atunci așezată lângă amplasamentele artileriei noastre grele, deci și în raza de acțiune a artileriei inamice. Această distanță apoi, pe măsura ce inamicul a fost împins să se retragă, a crescut până la 25—30 Km. abia după care a urmat o nouă deplasare, deoarece ambulanța, cu atât mai vârtos spitalul de campanie, nu poate urma zi de zi deplasarea inamicului, căci așa ar fi în continuă mișcare și în imposibilitate de a funcționa.

Ambulanța se deplasează de obicei după 20—30 Km. iar spitalul de campanie, mult mai în urmă, încât în momentul celei mai mari îndepărtări de inamic, ambulanța era chiar la 20—30 Km., iar spitalul de campanie la 60—100 Km.

Aceiași discordanță și în privința evacuărilor și a mijloacelor de transport. Instrucțiunile tehnice prevăd că „ambulanța trebuie să-și păstreze rolul de releu de evacuare” și dând o schemă a evacuărilor în timpul celor mai grele lupte, apreciază la 300 numărul maxim de răniți pe o zi, după efectivul de acuma al diviziilor.

Din aceștia, la ambulanță care lucrează și ea cu o singură secție, spune că n'ar trebui să rămână decât 15 răniți gravi netransportabili și 10 muribunzi. Toți ceilalți ar trebui imediat evacuați „nelăsând nimic pentru a doua zi din cei ce pot fi evacuați”.

Ori în timpul celor mai grele lupte a Diviziei noastre dela 3—13. II. 1945, cu toate că media zilnică a răniților era numai de 126, cu excepția zilei de 6. II, când a fost de 215, evacuările nu s'au făcut — nu e locul să fie discutate aici motivele — în ritmul cerut de instrucțiunile tehnice, încât ambulanța a fost nevoită să procedeze la spitalizarea răniților având în zilele de 11, 12, 13. II., 300—350 răniți internați.

Ce importanță au toate acestea pentru chirurgia abdominalilor? O importanță hotărâtoare. Carența mijloacelor de transport nu permitea imediată și rapidă evacuare a fiecărui abdominal dela Amb. la Spit. de Camp. pe măsura ce sosea. Distanța mare de parcurs în regiuni muntoase cu drumuri atât de admirabil întreținute ale Statului Cehoslovac, dar înzăpezite și foarte greu practicabile iarna, făceau iluzoriu rolul Spit. de Campanie pentru răniții de extremă urgență, cari reclamă intervenție imediată și cari nu pot fi transportați de loc, sau numai pe o distanță cât mai mică.

Acești răniți abdominali și cei cu hemoragie internă, deci în astfel de împrejurări, ori vor fi operați și salvați la ambulanță, ori ei sunt iremediabil pierduți.

Văzând acestea, ne-am decis să procedăm în permanență, așa cum instrucțiunile admit să funcționeze o ambulanță numai „în mod excepțional”.

Tot timpul cât divizia a fost în acțiune, dela 24. I. 1945 începând, am executat la ambulanță toate intervențiile, nu numai de extremă, ci și pe cele de primă urgență, deci nu numai hemoragicii, abdominalii, toracicii asfixici au fost operați, dar și toți aceia la cari o amânare în așteptarea evacuării sau transportul lung ar fi avut o influență defavorabilă, am făcut deci nu numai amputațiile necesare, dar și cistostomia în leziunile uretrei, gastrostomia în plăgi ale faringelui, etc. cu un cuvânt toată chirurgia de urgență cu excepția leziunilor:

- a) Cranio-cerebrale,
- b) Ale rachismului și măduvei spinării.

Care a fost aspectul chirurgiei abdominale la posede ambulanță?

Lăsând la o parte realizările strălucite până la ireal cu aproape sută la sută vindecări ale unora cari au reușit în felul acesta să întrecă și cele mai bune rezultate obținute în rănițiile abdominale din timp de pace, toți ceilalți chirurghi cari au operat abdominali, fie la ambulanța divizionară, fie la spitalul de campanie, au trăit bucuria cazurilor izolate salvate în mod miraculos ce sfidau toate previziunile noastre îngrijorate, dar cunosc și decepțiunile eșecurilor în serie.

Tragedia abdominalilor începe din momentul rănirii. După *Gohrbandt*, jumătate din ei mor pe câmpul de luptă fără să fi primit nici un tratament medical. La ambulanța noastră la un număr de 3335 răniți, 67 aveau plăgi perforante sau penetrante abdominale, ceea ce face 2%. În războiul din 1914—1918 germanii aveau 4,3% răniri abdominale și ale bazinei, dar din cari numai 1,01% cu leziuni ale organelor abdominale sau pelviene. Frecvența rănirilor abdominale la francezi era de 4,5%, la englezi de 2,3%, la americani 3,7% (*Gohrbandt* din „Chirurgia de Războiu” a lui Käfer).

Din cei 67 ai noștri, un număr de 19 din cari unii cu leziuni corporale multiple, cu leziuni asociate ale coloanei vertebrale și măduvei, sunt aduși în stare de agonie cu puls imperceptibil cari sucombă în decurs de 1—2 ceasuri, fără să se fi putut reface starea lor, deci fără să se fi putut încerca o intervenție chirurgicală.

Restul de 48 răniți, prezentau toate nuanțele în ce privește starea generală. Unii aveau puls aproape normal ca frecvență și amplitudine — unul cu perforația stomacului, altul cu aceia a cecului — alții, în special cei cu hemoragie internă, aveau un puls foarte frecvent 140—160 și abia perceptibil.

Toți aceștia au fost operați. Din ei sucombă 28, iar 20 după o ospitalizare în ambulanță de 8—12 zile,

sunt evacuați la spitale de campanie pe cale de vindecare.

La o analiză succintă putem remarca cu oarecare interes unele particularisme proprii ce merită să fie relevate și care aruncă o lumină asupra chirurgiei abdominale dela ambulanță.

Toți acești 48 de abdominali aveau plăgi, fie perforante, fie penetrante abdominale cu leziunea organelor sau a viscerelor intraperitoneale repartizate în felul următor:

Felul leziunii	Total	Vindecăți	Morți
Leziunea ficatului sau a splinei	10	7	3
Leziuni multiple intest. subț. și mezenterului cu hem. inter.	17	5	12
Leziunea intestinului gros	8	5	3
Leziuni asoc. a intest. subț. și a intestinului gros	6	2	4
Leziuni asociate a stomacului, ficatului, splinei și intest.	7	1	6
Total:	48	20	28

Pe lângă leziunile organelor de mai sus 26 prezentau hemoragie internă foarte gravă din care sucombă 20 și se vindecă 6, leziuni toraco-abdominale 8 din cari 2 vindecăți și 6 morți, leziuni ale rinichilor în 3 cazuri cu 1 mort.

După felul agentului vulnerant erau răniți prin:

Agentul vulnerant	Total	Vindecăți	Morți
Prin glonte	21	6	15
Schițe	17	7	10
Neprecizat	10	7	3
Total:	48	20	28

Timpul trecut dela rănire până la operație:

Până la 4 ore a fost operat	1
" " 5 " " " "	1
" " 6 " " " "	1
" " 8 " " " "	6
" " 10 " " " "	8
" " 12 " " " "	19
" " 14 " " " "	7
" " 20 " " " "	3
După 20 " " " "	2
Total:	48

Au sucombat:

După 1—2 ceasuri dela operație	5
In primele 24 ore	15
In ziua a II-a	4
In ziua 4-a	1
In ziua 5-a	2
In ziua 9-a	1
Total:	28

Tratamentul aplicat leziunilor a fost cel dictat de regulile generale ale chirurgiei care, după cum spune profesorul *Iacobovici*, „este și rămâne aceeași oriunde s'ar face, chirurgia de războiu, se deosebește de cea de pace numai prin aceea că se face în condiții deosebite”.

Totuși nu pot trece peste acest capitol fără să menționez că din cele 8 leziuni ale colonului la 7 am aplicat o fistulă colică temporară de 8—10 zile după care s'a suprimat tubul de cauciuc.

Departa de mine, să atribui exclusiv acestui fapt bunele rezultate obținute tocmai în leziunile colonului.

Fără a cădea în greșala deducțiunilor pretențioase dintr'un număr mic de cazuri, totuși două particularități al acestor leziuni trebuiesc relevate căci ele sunt paradoxale la primul aspect:

a) Leziunile produse prin glonte sunt însoțite de mortalitate mai mare, decât cele prin schijă.

b) Leziunile intestinului gros dau un număr mai mare de vindecări decât a intestinului subțire.

Caracterul luptelor din munții Slovaciei explică prima nedumerire:

Inamicul ce se apăra dârz, bine camuflat pe înălțimi dominante, a trebuit să fie scos, din pozițiile dinainte pregătite, prin asalt și lupte din apropiere. Ori proiectilul tras dela mică distanță, prin forța vie caracteristică proiectilelor armelor moderne, producea un efect explosiv când lovea organe din etajul abdominal superior — ficat, stomac, splină — de unde mortalitatea de aproape sută la sută în leziunile asociate ale acestor organe.

Că leziunile numai a colonului sunt mai benigne decât cele ale intestinului subțire se explică prin aceea că, în leziunile izolate ale intestinului gros, proiectilul sau schija străbate o parte mai periferică a cavității peritoneale (fosele iliace, flancuri, etc.), leziunea vaselor, deci și hemoragia internă e rară.

În schimb în leziunile intestinului subțire, agentul vulnerant străbate în plin cavitatea peritoneală și pe lângă leziunile intestinale multiple lezează de regulă și vasele mezenterice. Hemoragia internă însoțea aproape în mod constant aceste leziuni.

Ori prima și cea mai frecventă cauză a mortalității a fost hemoragia internă.

Din 28 morți, 20 aveau hemoragie internă gravă. Moartea după operație survine în 20 cazuri în prima zi, când factorul infecție, nu putea să aibă rol hotărâtor.

Mortalitatea post-operatorie — 41 % salvați până în ziua de 10—12-a, ne dă un bilanț descurajator.

În războiul 1914—1918:

Lurz la cei operați până la 4 ore are mortal. de 55 %
 " " 8 " " " " 62 %
 " " 16 " " " " 64 %

Siegel la cei operați dela 5—8 ore are mortal. 44 %
 dela 9—12 " " " " 63 %
 peste 12 " " " " 70 %

Rezultatele noastre ar fi fost ele oare mai bune trimițând abdominalii la spitalul de campanie pentru a fi operați?

Este puțin probabil. Toți acești răniți au sosit dela la ambulanță cu întârziere, abia 3 au putut fi operați în primele șase ore dela rănire, deci prima condiție de care depinde reușita — precocitatea intervenției în primele 6 ore — nu poate fi realizată nici la ambulanță care este la 10—20 km. înapoia liniei I-a.

Este greu de admis că un transport de încă 40—60 km. la care distanță se găseau în general spitalele de campanie în urma ambulanțelor, asociată de o întârziere cu încă de 2—3 ceasuri și cu celelalte inconveniente ale transportului, ar fi putut fi compensate prin experiența și abilitatea chirurgului superior în erarhie și a utilajului tehnic mai perfect dela spitalul de campanie.

Se poate afirma fără teamă de a fi contrazis de realitate, că în campania din Slovacia abdominalii salvați prin intervenție sunt cu puține excepții cei operați la ambulanțe. La spitale abdominalii nu mai ajungeau în stare de operabilitate, iar dacă cei duși până acolo au fost totuși operați, numărul celor vindecați este foarte redus ca să nu spunem inexistent.

Rezultatele atât de bune — 6 succese din 8 răniți — *Ticușan* le-a obținut operând abdominalii la un post și mai înaintat, la 4 km. de linia luptătorilor unde a putut opera 5 răniți în primele 5 ore.

* * *

Dacă cineva acuma, după terminarea războiului ar avea curiozitatea firească să afle realitatea adeverată și sinceră despre această problemă dureroasă și tragică a asistenței abdominalilor în cursul războiului, ar fi cu neputință să nu fie surprins de optimismul unora, cari obțineau vindecări de aproape 100 %, dar și de descurajarea altora cari în urma în-succeselor s'au lăsat copleșiți și au renunțat să mai opereze abdominalii.

Costescu, Radian, Sârbu propun să se facă statistică cinstită, din care să reiasă secretul vindecărilor aproape în serie a D-lui *Hodoș* și motivele pentru care alții au renunțat să mai opereze abdominalii.

Eu cred că nu trebuie să fim ispitiți prea mult de a afla „secretul” el este prea evident ca să nu poată fi ghicit, mă surprinde însă un alt lucru căruia dacă i s'ar da ascultare ar avea consecințe grave pentru chirurgia de urgență din campanie.

Mustăcescu—Podeanu după ce au văzut clar drumul cel bun pe care trebuie să-l ia chirurgia abdominală în campanie ajung totuși la concluzie eronată în privința încadrării ambulanței cu personal medical.

În articolul „Chirurgia la ambulanța divizionară” din revista de chirurgie Nr. 9—10/1941, ei spun că: „Plăgile abdominale penetrante au constituit pentru noi o problemă dureroasă. Condițiile în care am lucrat au fost departe de a ne permite să deschidem un abdominal, încât toți acești răniți au fost evacuați la spitalul de campanie.

Din această cauză numărul ceasurilor scurse dela rănire a crescut, spitalele au fost destul de aglomerate. Ne-am interesat ulterior de soarta acestor răniți. Marea lor majoritate era pierdută. Această constatare a determinat pe șeful ambulanței Cl. *Mustăcescu*, ca trecând peste regulament, să creeze pe lângă ambulanță o sală de operații pentru plăgile abdominale. S'au operat 36 din care au fost salvați 24. Aceasta este o cifră importantă care arată că această inițiativă trebuie generalizată”.

Totuși ei spun că „în ce privește personalul medical ferma noastră convingere este că numai chirurgii tineri trebuiesc repartizați la ambulanță, internii spitalelor sunt elementele ideale pentru ambulanță, chirurgia la ambulanță nu pretinde o pregătire specială. Chirurgia de războiu practică la ambulanță este în general simplă”.

E drept că face rezervă în ce privește „abdominalii” pentru cari cere „chirurghi formați”.

Dar toată ceilaltă chirurgie de urgență dela ambulanță este ea atât de simplă? Asistența șocaților a celor cu membre zdrobite, cu leziuni craniene, plăgi ale toracelui nu necesita prezența chirurgilor formați? Oare nu trebuie să-l credem pe *Okinzyk* că „fiecare act chirurgical este o înfăptuire îngrijorătoare în care și cele mai neînsemnate greșeli pot avea urmări grave ori de temut”.

Francezii nu știu cum au procedat în actualul războiu, dar în cel din 1914—1918 au trimis cu ambulanțe cele mai strălucite competențe chirurgicale ce aveau — *Gosset, Leriche, Gregoire, Carrel, Duval, Lecène*, etc. — iar în actualul război, de câte ori n'am găsit distinși reprezentanți ai medicinei germane acvând la formațiunile sanitare de campanie: *Usadel, Bohler*, etc.

* * *

Se evidențiază clar din cele expuse că în leziunile grave cari necesită intervenția chirurgicală de urgență, viitorul rănitului depinde de rapiditatea cu care este ridicat și adus dela locul rănirii la locul unde va fi operat, deci drumul parcurs să fie cât mai scurt, transportul cât mai lin. Acest lucru mai curând va fi realizat dacă operăm răniții de extremă urgență la ambulanță și nu la spitalul de campanie.

Ca activitate chirurgicală dela ambulanță să fie cât mai rodnică în unele rezultate, trebuie să i se asigure următorii doi factori:

1. Chirurgul versat în chirurgia de urgență, deci cei cu practică și experiență mai mare, să fie încadrați la ambulanță, nu la spitalul de campanie, cum era până acuma.

La încadrarea ambulanței cu medici să nu se uite că chirurgul cu cât e mai versat în chirurgia de urgență, cu atât e mai util la ambulanță. Aici și nu la spitalul de campanie, e nevoie de chirurgul cu experiență care fără multă pierdere de timp — atât de prețios cu ocazia afluxului mare de răniți — să facă indicația corectă a tratamentului de urmat, să indice răniții în ordinea de prioritate cu care să fie operați și să execute cât mai grabnic aceste operații.

Seleționarea aceasta nu poate fi lăsată în sarcina triajului care se conduce de obicei după fișa de rănit, căci diagnosticul scris pe fișe la primul post batalionar, nu corespunde întotdeauna cu ceia ce se constată la ambulanță.

O plagă ce părea la prima vedere ușoară, la ambulanță deja se dovedește a necesita intervenția de urgență.

Sunt plăgi cărora la primul moment nu li se recunoaște întreaga gravitate. Acestea sunt, în special, plăgile oarbe abdominale la cari orificiul de intrare este într-o regiune mai îndepărtată: coapsă, regiune fesieră, reg. lombară, toracele, etc.

Apoi diversitatea leziunilor cu ocazia afluxului mare de răniți: unii cu membre zdrobite, pneumotorace deschis, leziuni abdominale, șocați, etc. necesită o erarhizare judicioasă în ordinea de succesiune a ajutorului medical.

Aici are medicul aspectul real al medicinei — mai corect — al chirurgiei de războiu. Aici e locul ajutorului de urgență unde el se mai poate da, până ajunge la spitalul de campanie e deja târziu.

Deci locul chirurgului versat în chirurgia generală și cea de urgență este aici și nu la spitalul de campanie.

Ceie la ambulanță nu se poate și nu se face în modul dorit este asistența celor cu fracturi. O imobilizare provizorie în vederea transportului este totul ce se face.

Tratamentul propriu zis al fracturii cade deja în sarcina spitalului de campanie care dispune de aparatura de control Röntgen, și de mijloacele unei imobilizări mai perfecte, de preferință prin aparat gipsat.

Printr'un tratament rațional ce ar da din timp fracturaților la spitalul de campanie un specialist în ortopedie, s'ar evita numeroase amputații secundare și vindecări de membre în poziții vicioase.

Deci, chirurgii cu experiență în chirurgia generală și cea de urgență să fie dați la ambulanță, la spitalul de campanie răniții de extremă urgență nu vin în timp util și condiții bune de operabilitate, încât activitatea chirurgului de acolo se reduce deseori la intervenții abdominale întârziate sau la practica chirurgiei membrelor și a leziunilor externe — amputații, debridări, etc.

Despre acest lucru m'am convins în prima parte a războiului când eram încadrat și am activat la un spital de campanie. Un specialist în ortopedie, pentru tratamentul fracturilor, ar fi aici de cea mai mare utilitate.

Cu o judicioasă repartizare, acest deziderat poate fi ușor satisfăcut, nu ducem lipsa de acești specialiști bine pregătiți și suficienți ca număr, să cere numai ca fiecare să lucreze la locul potrivit.

2. Chirurgul își va putea valorifica întreaga sa capacitate operatorie numai dacă i se asigură aceleași condiții tehnice în care el lucrează și în spitalele din timp de pace. Se referă aceasta, în primul rând, la dotarea sălii de operație cu cele necesare: instrumente, material de sutură, de izolare, etc. precum și cu sursa de lumină.

Și acest deziderat este ușor de îndeplinit. Ambulanța în dotarea ei și până acum a fost prevăzută cu o bogăție de instrumentar care în unele compartimente chiar depășește necesitățile. Nu numai cu instrumentar, dar și cu tot felul de material necesar sălii de operații a fost atât de bogat dotată, încât e adevărată enigmă cum aceasta a fost posibil în al 4-lea an de războiu și după cele la care au fost expuse depozitele noastre sanitare în ultimul timp: dificultate de aprovizionare din străinătate, pierderile prin bombardamentele aeriene, etc. Li se cuvine întreaga recunoștință celor care au realizat și au asigurat această dotare.

Dar dacă nu s'a cruțat nici un sacrificiu pentru a da din belșug instrumente și materiale, totuși trebuie să remarcăm că aceasta nu s'a făcut întotdeauna destul de rațional. Practica chirurgiei de războiu dela formațiunile de pe front a verificat inutilitatea multora și lipsa altora.

N'ar fi de loc exagerat să vorbim de o adevărată risipă de aparate și materiale scumpe și de lipsa to-

tală a altora mai eftine, dar absolut indispensabile.

Pentru chirurgia de urgență în general nu se cere instrumentar complicat: o trusă pentru chirurgia părților moi (inclusiv splanhnele) și alta pentru chirurgia osoasă ar îndeplini dezideratele, cu condiția ca ea să fie completă, apoi mai important decât numărul este calitatea lor. E preferabil să avem instrumente puține de calitate bună decât multe, dar cari după prima întrebuințare se deteriorează.

Nu se poate spune că instrumentarul pentru părțile moi ar fi complet. Cu toate că are un mare număr de bisturii, foarfeci, pense hemostatice, etc. chiar și ace intestinal, curbe și drepte, în timp ce lipsesc îndepărtătoare abdominale bune (îndepărtătorul Göset cu care e prevăzută trusa nu corespunde), apoi lipsesc cu desăvârșire pensele intestinale coprostatice.

Acelaș lucru și cu instrumentarul pentru chirurgia osoasă: există ferăstrău, îndepărtătorul lui Percy, trepan, nu există în schimb o daltă, un ciocan, o pensă mușcătoare Luer.

Apoi s'au dat aparate scumpe, multe fără nici o utilitate la ambulanță. Nu știu ce rol erau chemate să îndeplinească cele 10 termocautere cari se găsesc în dotarea unei ambulante. Personal n'am găsit necesară întrebuințarea lor, măcar o singură dată. Există deasemenea 12 aparate de administrat serul fiziologic, în schimb nici farmacia ambulantei și nici secțiile nu au fost dotate cu un aparat pentru distilarea apei necesare preparării serului fiziologic, a soluțiilor glucozate și clorurate de cari avem nevoie în cantități atât de mari în tratamentul șocaților și a celor operați. Noi a trebuit să recurgem la un expedient: un tub în spirale adaptat la autoclav și prevăzut cu un dispozitiv de răcire.

Inconvenientul cel mai supărător de care se lovește chirurgul dela ambulanță, este lipsa unei surse de lumină corespunzătoare. Cu o lampă Petromax ce deseori funcționează și ea în mod defectuos, cu lămpi de carbid, lumânări, nu se poate face iluminarea câmpului operator, în special al cavității peritoneale, în toate unghiurile și fosele ce trebuiesc explorate.

Lumina electrică printr'un grup electrogen este mai necesară aici decât la formațiunile mai din urmă — eșalonul II cu grupul de servicii — cari au astfel de instalații în timp ce chirurgul dela ambulanță lucrează la o lumină mai primitivă și insuficientă.

* * *

Cele expuse până aici arată destul de clar că leziunile de urgență trebuiesc operate la prima formațiune sanitară de campanie la care o activitate chirurgicală este posibilă. Aceasta este ambulanța divizionară. Se referă aceasta, nu numai la asistența celor

cu hemoragie, dar cum spune profesorul *Iacobovici*: „și tratamentul plăgilor viscerale trebuie făcut ori unde și cât mai repede posibil indiferent de ceea ce s'ar putea întâmpla, căci în aceste cazuri riscul transportului este mai mic decât al temporizării sau al abținerii”.

Modul de realizare al acestui postulat este deja un lucru secundar. Se face prin ambulante motorizate tip *Marcille* numite și „autochir” sau așa cum recomandă *Tuchel* „prin atașarea pe lângă fiecare ambulanță sau spital de campanie a unor echipe de chirurși calificați, prevăzute cu material și ajutoare instruite, utilizate exclusiv operațiunilor aseptice” sau cum spune prof. *Constantinescu*: „autobuzele Căilor Ferate pentru transportul călătorilor pe șosele ar putea servi acestui scop. Ele sunt suficient de spațioase pentru a putea amenaja pe ele o masă și toate aparatele necesare unei săli de operațiuni „dar nici de cum așa cum s'a realizat la noi în actualul războiu prin faimoasele „echipe volante” cari după cum ironic, dar cu dreptate remarcă *Mustăcescu*, se deplasau cu căruțe cu cai și ajungeau tocmai în momentul când lucrul era terminat.

In rezumat:

Răniile abdominale de războiu cu toată gravitatea ce o prezintă, nu trebuiesc privite cu resemnare și desnădejde. Pentru a-i salva pe aceia pe cari leziunile nu-i așează în afara limitelor posibile a ajutorului medical, aceștia trebuiesc operați în apropierea cât mai intimă a trupelor luptătoare.

Cu organizarea de azi a serviciilor noastre sanitare de campanie, chirurgia de urgență trebuie să se practice la ambulanță și nu la spitalul de campanie.

Pentru îndeplinirea acestei misiuni, ambulanța trebuie dotată cu mijloacele rapide de transport ale timpului asigurându-i-se mobilitatea necesară.

Chirurgii în ordinea pregătirii lor vor fi încadrați, de preferință pentru ambulanță, cei cu practică și experiență mai mare, căci vor fi mai de folos acolo, decât la spitalul de campanie la care este preferabil ortopedul.

Dotarea ambulantei cu instrumente și aparate, trebuie să satisfacă exigențele dictate de exercitarea acestei chirurgii.

Timișoara, la 14. X. 1945.

BIBLIOGRAFIE:

Constantinescu: Note de chirurgie de războiu. România Medicală, Nr. 2, 1942. — *Costescu, Radian, Sârbu*: Peritonitele tardive în plăgile abdominale de războiu. Revista de Chirurgie, Nr. 9—10, 1943. — *Gilorteanu* și alții: Probleme de medicină de războiu, 1940. — *Iacobovici* și alții: Probleme de medicină de răz-

boiu, 1940. — Dr. H. Käfer: Feldchirurgie, 1941. — M. A. N. Dir. Sup. San.: Instrucțiuni provizorii asupra organizării și funcționării Serv. San. în Campanie, 1927. — M. A. N. Dir. Sup. San.: Instrucțiuni tehnice sanitare, 1942. — Prof. H. Matti: Vorlesungen über Feldchirurgie, Leipzig, 1939. — Mustăcescu și Podeanu: Chirurgia la Ambulanța Divizionară. Revista de Chirurgie, Nr. 9—10, 1941. — Starlinger: Fehler u. Gefahren der

Feldchirurgie, 1942. — Ticușan Pavel: Activitatea unui post de ambulanță divizionară, etc. Ardealul Medical, Nr. 11, 1943. — Tuheț: Aspecte asupra plăgilor abdominale și tratamentul lor în actualul război. România Medicală, Nr. 11, 1942.

SPITALUL DE CHIRURGIE „Dr. A. CÂNDEA”, TIMIȘOARA.
Medic Primar Director, Dr. I. Mureșan.

Nanism achondroplazic și gravitate la termen

de

Dr. Ioachim Stupariu

și

Dr. Virgil S. Motoc

Cazurile de nanism, în special cel achondroplasic survin până la vârsta adultă relativ rar, de aceea observațiunile de acest gen fac să fie excepționale. În legătură cu o achondroplasică gravidă la termen, vom face câteva considerațiuni asupra etiologiei, caracterelor clinice și diagnosticului diferențial al afecțiunilor trofice ce duc la nanism și asupra conduitei terapeutice în aceste cazuri.

Observațiunea: Maria Plăcintar, în etate de 25 ani, necăsătorită, primipară, se internează în Maternitatea Spitalului de Stat din Turda, în ziua de 14 Iunie 1945, pentru dureri de naștere.

Antecedentele heredo-colaterale. Tatăl trăiește și este sănătos. Mama moartă de carcinom al feții. N'are frați. În familie nimeni n'a avut o așa talie mică.

Antecedente personale. A fost alăptată la sân timp de 6 luni, după aceasta artificial. A început să umble la vârsta de 4 ani. Afirmă că și la scoala primară a fost cea mai mică dintre eleve. N'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă.

Menstruată la 17 ani, epocele catameniale s'au succedat regulat la 4 săptămâni, durând 3—4 zile, fără dureri. N'a avut nașteri nici avorturi.



Fig. 1.

Boala actuală. Ultima menstruație a avut-o în luna Septembrie 1944. În primele două luni a avut greață. În restul sarcinii n'a mai avut nici un inconvenient. Nu-și reamintește când a simțit primele mișcări fetale. În cursul sarcinii n'a fost consultată de medic. De 24 ore are dureri de facere, iar de 18 ore i s'a scurs lichidul, nu mai simte mișcările fetale și îi prolabează cordonul.

Starea prezentă. Talia 1,19 cm. Tesutul celular sub cutanat și muscular normal. Capul de mărimea unui adult normal, fruntea largă, nasul scurt turtit. Dentițiunea ca formă și implantație normală. Circumferința capului 55 cm.

Trunchiul bine dezvoltat, contrastând cu scurtimea membrilor. Circumferința toracelui 75 cm. Nu prezintă urme de mătănni costale. Coloana vertebrală prezintă o lordoză în regiunea lombară.

Membrile superioare ajung până la 1/3 superioară a coapsei. Lungimea membrului dela acromion până la vârful degetelor 47 cm. Brațul și antebrațul în extensiune prezintă o curbura cu concavitatea anterioară și internă. Oasele scheletului membrului superior mai îngroșate și ușor deformate. Mâna patrată, degetele scurte și groase, cu divergențe între degetul 3 și 4, formează așa zisa mână în trident.

Membrile inferioare. În poziție verticală când maleolele vin în contact genunchii sunt ușor depărtați. Gambele prezintă o curbura cu concavitatea anterioară și internă. Distanța dintre trocater și călcâiu 47 cm. Trocanterul pe linia Roser-Nelaton (vezi figura).

Examenul radiologic (Dr. G. Braicu). Tibia ceva mai îngroșată, cu substanța corticală și spongioasă de aspect normal. Peroneul încurbat, cu substanța corticală mai îngroșată. Capul Peroneului se apropie de linia interarticulară. Scheletul mâinii nemodificat. (Vezi radiografia).

Examen obstetrical. Abdomenul mărit de volum, este ocupat de o tumoră mediană, cu fundul la două laturi de deget sub apendicele xifoid. Tumora este elastică și contractilă, în segmentul inferior o tumoră rotundă și dură, nereductibilă, craniul fetal. Uterul este în aproape continuă contractură. Circumferința abdomenului 72 cm.

Bătăile cordului fetal nu se aud.

Pelvimetria externă: Diametrul bi-spinos 22 cm. Diametrul bi-crest 20 cm. Diametrul bi-trocanterian 28 cm. Conjugata externă 16 cm.

Tușul vaginal. Din vagin se scurge lichid amniotic murdar și fetid. În vulvă prolabează cordonul ombilical. Colul uterin șters, dilatat complet și cu buzele edemate. La strâmtoarea superioară se simte craniul fetal cu o bosă seroasă mare. La explorația internă a bazinului, promontoriul este foarte aproape și strâmtoarea superioară este turtită foarte mult în sens antero-

posterior. Diametrul util 3,5 cm. Temperatura 38° C, pulsul 96.

În urma acestui examen conchidem că este cazul unei femei cu caracterele de nanism, gravidă la termen cu făt mort, cu lichidul scurs de 18 ore, cu prolabare de cordon și cu bazinul strâmtat de grad IV. Terminarea nașterii pe cale naturală nefiind posibilă și având un început de infecție a oului, ne decidem pentru operație cezariană urmată de histerectomie.

Operația: În aceeași zi sub narcoză cu eter, se practică laparatomie supra și subombilicală. După deschiderea cavității abdominale, se evidențiază și izolează uterul, făcându-se incizie segmento-corporală pe fața anterioară. Se extrage un făt mort, de sex feminin de 3050 grame. Continuăm cu histerectomie subtotală. Peritonizăm în două planuri și se închide cavitatea abdominală în trei straturi. La 8 zile se scot firele, plaga fiind vindecată perprimam. Bolnava părăsește serviciul vindecată.

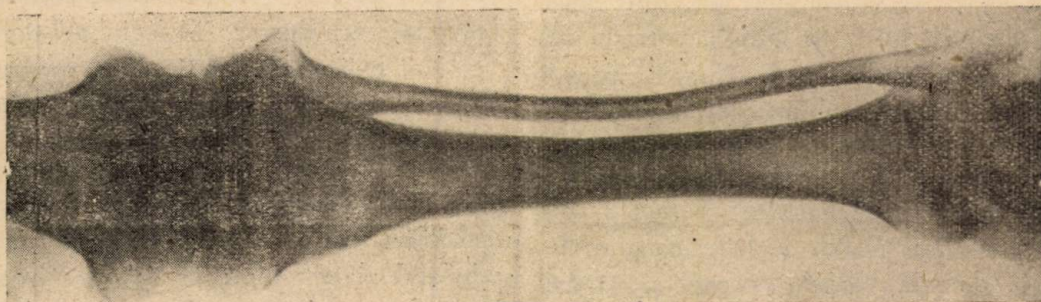


Fig. 2.

Sindromul de nanism poate avea ca origine *cauze trofice* ca achondroplasia, rachitismul, *disfuncții endocrine* ca insuficiența hipofizei, tiroidei, ovarului sau *boale organice* spre exemplu o afecțiune renală.

Nanismul are importanța mare în obstetrică căci are repercusiuni importante asupra basinelui și deci o cauză de distocie. Incadrarea etiologică a nanismului uneori este dificilă căci nu sunt totdeauna cazuri pure ci de cele mai multe ori sunt combinate cu rachitism. Afecțiunile, ce duc mai frecvent la nanism sunt achondroplasia, rachitismul și insuficiența hipofizară.

Achondroplasia este o malformație osoasă, congenitală, caracterizată prin tulburări de osificare, interesând oasele de origine cartilagineoasă (membre, baza craniului, basin) și determinând un nanism particular.

A fost descrisă de Virchow și Müller ca o afecțiune a noului născut remarcabilă prin exagerarea de volum a capului și scurtăimea membrelor și s'a numit de ei rachitism congenital sau fetal.

Sub achondroplasia, numire dată de Parrot se înțelege o tulburare de osificare a cartilagiului, a cărei origine este intrauterină, dar a cărei cauză inițială ne scapă. După concepția lui Parrot e o maladie primitivă a cartilagiului conjugal sau o distrofie cartilagineoasă secundară sub influența deficienței unor glande cu secreție internă.

Din punct de vedere etiologic este peste tot ereditară și familială. Cauza exactă nu este cunoscută,

Anatomic achondroplasia se caracterizează prin o tulburare a osificației la nivelul cartilagiului conjugal ceiace oprește dezvoltarea osului în lungime, în timp ce osificația periostală rămâne regulată. Procesul anatomo-patologic ar fi o scleroză cu degenerescență calcară a acestui cartilagiu.

Din punct de vedere clinic este un pitic disproporționat, cu mâini și picioare foarte scurte. Trei simptome sunt primordiale: nanism, micromielie și macrocefalie. Achondroplasicul este un *nanic*. Talia oscilă în jurul unui metru. Această înălțime mică ține (peste tot la scurtăimea membrelor inferioare. Când in-

dividul este așezat, capul și trunchiul par de mărime normală. Micromielia atinge cele patru membre, mai pronunțată asupra brațelor și coapselor, decât antebratul și gambă. Membrele superioare în loc să atingă 1/3 inferioară a coapsei ajunge abia la marele trocanter. Măinile mici, cărnoase, patrute, ce dau aspectul mâinii în trident.

Macrocefalia. Capul este mare și rotund amintind acela de hidrocefalie. Fața este lărgită, nasul turtit. Ca semne accesorii avem lordoză lombară, strâmtarea basinelui, conservarea inteligenței și integritatea stării generale. În plină perioadă de creștere, frecvent observăm deformații osoase sau osteo-articulare (scolioză, genu valgum, coxa-vara).

Examenul radiologic arată oasele în general normale ca grosime și structură. Cartilagiul diafizo-epifizar este subțiat, neregulat și dispare foarte curând, cu mult înainte de termenul normal. Oasele sunt scurte, deformate. Capul umeral voluminos, disproporționat față de cavitatea glenoidă. Avem scurtarea colului femoral, căci cartilagiul diafizo-epifizar n'a dat nici o alungire și sutura s'a efectuat precoce. Peroneul se găsește la înălțimea interliniei genunchiului. Oasele cutiei craniene îngroșate. Basinel turtit în sens antero-posterior.

Rachitismul. Este cauza cea mai frecventă a alterațiilor scheletului. Este maladia tinereții, debutează în primii ani ai copilăriei, între a 3—12 lună (rachitismul primei vârste) și care se oprește în anul al patrulea. Rachitismul se poate redeștepta sau să

se desvolte din nou în marea copilărie sau în adolescență, unde se face o reprisă de activitate osificantă (rachitism tardiv).

Anatomic este caracterizat prin alterațiuni a scheletului, îngroșări, ramoliri și deformațiuni a oaselor. Histologic este o tulburare de osificație fiziologică cu decalcifiere, de unde rezultă ramolirea pieselor osoase pe cale de dezvoltare, se incurbează la diafize și se tumefiază epifizele. Aici se petrece un viciu de formare a osului și nu de decalcifiere secundară a unui țesut deja format. Leziunile rachitice evoluează în punctele ce concură la osificație și anume în cartilagiul epifizar și periostal.

Simptomatologie: Rachiticii sunt de talie mică. Există o mare disproporție între talie și volumul capului. Capul este de volum exagerat, fruntea proeminentă, craniotabes prognatismul maxilarului, cu dențiție întârziată și dinții prematuri cariați. Ajungând un anumit grad de evoluție afecțiunea determină deformația trunchiului și a membrilor. Toracele este turtit lateral, cu mătănii costale și la coloana vertebrală ghibozitate dorsală. Oasele coapsei și gambei prezintă curburi foarte mari cu îngroșări epifisare. Tibia devine un S iliac foarte net. Deformațiile membrilor inferioare prezintă două tipuri: 1. Deformație în dublă paranteză () așa că genunchii se depărtează unul de altul și 2. deformație în K, când genunchii tind să se apropie. Leziunile membrilor superioare sunt mai puțin accentuate ca acele a membrilor inferioare. Mai frecvent aflăm la mână stigmatul de rachitism așa zisa mână în trident. Asupra bassinului rachitismul acționează foarte variabil, nu există un basin rachitic ci există bazine rachitice de tip foarte diferit, general strâmtat, inelar, canalicular, oblic ovalar.

Examenul radiologic (Prof. Negru). Linia preparatoare de calcifiere se lățește, devine neclară, neregulată și intrucâtva lacunară. În cazuri grave această linie preparatoare de calcifiere dispăre complet. Epifizele capătă aspectul de cupă. Spațiul dintre diafize și nucleul epifizar este lărgit. Terminarea osului spre epifize este neclară și prezintă frangiuri. Alt semn radiologic este lipsa de finețe a structurii spongioase.

Diagnosticul diferențiar trebuie să-l facem cu osteomalacia și care este ușor.

1. Prin interior căci rachitismul debutează în copilărie pe când osteomalacia la vârsta adultă cu ocazia unei sarcini și 2. prin examen radiologic căci la rachitism constatăm la basin peste tot calcifieri exarate, pe când în osteomalacie rarefacții marcante.

Evoluția se termină în trei moduri: 1. vindecare fără deformație, 2. Casexie rachitică ce duce la moarte și 3. vindecare cu deformație.

Alterățiunile scheletului au consecințe grave din

punct de vedere vital, căci rachiticul rămâne mic — nanism rachitic.

Nanismul hipofizar este caracterizat prin talie mică cu dezvoltarea armonică a trunchiului și membrilor. Aceștia sunt adevărații pitici.

Anatomic se caracterizează prin oprire în dezvoltare atât în procesul de osificare diafizo-epifizar cât și a punctelor de osificare.

Simptomatologia este caracterizată prin o oprire în dezvoltare a organismului și prin distrofie genitală fără obezitate. Oprirea în dezvoltare este variabilă cu gradul insuficienței ipofisare și cu etatea la care se produce. Distrofia se manifestă prin o ipo sau atrofie a părților genitale. Caracterele secundare slab dezvoltate sau lipsesc. Intelectul acestora este normal.

Mai există nanism tirodian, ovarian, renal și de altă natură, dar a căror individualitate nu este suficient precizată.

Observațiunea noastră prin *semnele clinice*, — pitic disproporționat cu trunchiul și capul normale, membrele scurte — cât și prin *semnele radiologice* — scheletul membrilor ușor deformat, oasele ceva mai groase cu capul peroneului aproape de linia interarticulară — se încadrează în sindromul de achondroplasia.

Conduita terapeutică.

Toate afecțiunile trofice de mai sus acționează în deosebi asupra scheletului bassinului dând basinuri strâmte de toate categoriile. De aceea problema cea mai importantă ce se pune este conduita terapeutică. În stabilirea unui prognostic al facerii, pe lângă măsurarea bassinului, care nu este un criteriu absolut, trebuie să mai ținem seamă de volumul fătului, configurația mobilului și comportarea părților moi. Obstetricienii sunt unanimi în a recunoaște că la aproape 80 % din cazuri cu conjugata vera deasupra lui 9 cm. nașterea este spontană, în timp ce sub 8 cm. expulzia unui făt la termen este excepțională. Proba de travaliu se impune riguros în majoritatea cazurilor de prezentații cefalice normale la bassinurile cu conjugata vera de 8 cm. Afecțiunile trofice de care ne-am ocupat au toate basinuri extrem de strâmte. În cazuri de basin cu diametrul promonto-pubian ce măsoară mai mult de 5 cm. — basin strâmtat grad 3 — cu făt mort se impune basiotripsia. Dacă acest diametru este mai mic, deci un basin strâmtat de gradul 4, este indicat în toate cazurile operația cezariană — atât pe făt viu cât și pe făt mort. Prognosticul în toate bassinurile extrem de strâmtate este grav pentru făt căci dacă prezentații vicioase, procidența cordonului, hidramnios etc., de aceea operația cezariană trebuie executată puțin înainte de ce sarcina se apropie de termen. Când este pericolul infecției oului această operație trebuie urmată de histrectomie.

Un caz de inversiune uterină prin fibrom cu gangrenă

de

Dr. V. Mărgineanu
medic primar

și **C. Negoită**
extern

Inversiunea uterină printr'o tumoră intracavitară fiind o afecțiune rară, am găsit că nu ar fi lipsită de interes publicarea unui astfel de caz având în vedere și faptul că gangrena constituie complicația cea mai de temut și una din cauzele frecvente de mortalitate în această afecțiune. De altfel datele statistice de mai jos vor confirma acestea.

Inversiunea uterină constă, după Bégouin, în invaginația fundului uterin în deget de mână, încât fața sa mucoasă devine externă și acoperă masa inversată ce proemină în vagin sau chiar la exterior.

Pentru a da o idee asupra frecvenței acestei maladii, vom da câteva statistici după diverși autori: Beigel — un caz la 190.000 nașteri; Wellponer — un caz la 35.000 nașteri; Mason și Ruker — un caz la 123.000 nașteri; Ribemont-Dessaigues — un caz la 200.000 (cifrele acestea — după Puech — sunt prea mici, multe inversiuni produse la nașteri fiind reduse pe loc, altele nefiind recunoscute). Mai ales primiparele și femeile tinere ar fi predispușe acestei maladii.

Thorn a adunat majoritatea cazurilor de inversiune puerperală publicate în 22 ani, ajungând la cifra de 521 (cam 23 cazuri pe an). De remarcat că inversiunea uterină prin tracțiunea unui polip fibros intracavitar, e cu mult mai rară ca inversiunea după naștere. Uneori o altă tumoră poate fi cauza: Thorn a adunat 4 cazuri de inversiune uterină prin sarcom și 2 cazuri prin cancer; Vautrin publică un caz de inversiune uterină la o fată de 15 ani prin chist submucos al fundului uterin. (În cazul nostru a fost un fibron submucos inserat pe fundul uterin).

În privința factorilor etiologici, după cum am amintit, s'a stabilit până în prezent că numai în două împrejurări se poate întâlni inversiunea uterină și anume:

1. În urma unei nașteri (prin tracțiuni bruște ale placentei inserate pe fundul uterin, ale cordonului care e prea scurt); aceasta ar fi inversiunea puerperală,

2. Printr'o tumoră (în majoritatea cazurilor un polip fibros) — posibilitatea mult mai rară ca prima — aceasta ar fi inversiunea zisă polipoasă.

Foarte rar inversiunea uterină ar putea fi și spontană, produsă de tuse sau vărsături de ex.: Vogel din 100 cazuri în 9 inversiunea a fost spontană.

Din punct de vedere anatomo-patologic, Bégouin distinge trei grade în inversiunea uterină:

a) în primul există o simplă depresiune a fundului uterin.

b) în al doilea fundul uterin inversat a trecut colul și proemină în vagin.

c) în al treilea inversiunea e totală colul însuși fiind inversat.

Forgue și Massabuau disting și ei trei grade de inversiune uterină: 1. inversiunea intra uterină. 2. inversiunea intra vaginală. 3. inversiunea extra vulvară. Courty vorbește de o inversiune completă (când fundul uterin a trecut orificiul extern al colului) și incompletă (când nu depășește acest orificiu). De fapt în practică dintre cele trei grade de inversiune uterină descris de Bégouin, primul trece aproape nedescoperit întotdeauna, iar gradul trei e cu totul excepțional așa că în majoritatea cazurilor în clinică nu am întâlnit decât o inversiune uterină incompletă (fără inversiunea colului, după împărțirea de mai sus) în care însă fundul uterin inversat proemină prin orificiul cervical.

Sintomatologia diferă după felul inversiunii: inversiunea acută (în urma unei nașteri) sau inversiune cronică (în urma prezenței unei tumori intrauterine mai ales). În primul caz putem avea hemoragii foarte abundente, cu dureri vii și stare de șoc gravă (se impune reducția imediată); pot apărea turburări vezicale și rectale (prin compresii); uterul inversat e xpus foarte ușor la infecție cu gangrenă). Altele, în cazul al doilea, simptomele sunt foarte atenuate încât poate trece neobservată: ușoară jenă, leucoree alternând cu mici hemoragii vaginale repetate, senzație de greutate și tracțiuni în lombe. De multe ori se confundă cu un polip uterin, cu un al doilea făt (în cazurile de inversiune recentă).

La tușul vaginal se constată o tumoră rotundă, mai mult sau mai puțin fermă, (după vechimea inversiunii), sensibilă pentru unii, indolentă pentru alții. Diagnosticul diferențial cu un polip uterin ce iese prin col se face dacă ținem seama de două lucruri: a) absența fundului uterin deasupra simfizei pubiene, unde găsim în schimb până de inversiune; b) prezența unui șant circular complet între tumoră și col. La deschiderea abdomenului în locul fundului convex al uterului se constată o până în care se vâra extremitatea internă a trompelor, ovarele uneori și chiar — mai rar — ansele intestinale.

Ca prognostic, inversiunea acută ce urmează unei nașteri

poate fi mortală (prin hemoragie, șoc nervos — reducția fiind chiar făcută —); uterul inversat e expus la infecție și poate produce moartea prin septicemie, peritonită sau gangrenă. Inversiunea cronică, mai puțin gravă, este o afecțiune serioasă prin hemoragii repetate, leucoree, durerile sale și o intervenție se impune (afară de cazuri de vindecare spontană sau toleranță a leziunilor). O complicație rară ce poate surveni în evoluția unei inversiuni cronice e o ocluzie intestinală datorită incarcerației intestinului în fundul uterin deprimat (Brindeau).

Tratamentul are de ales metode mai simple sau mai complexe cuprinzând: 1. reducția manuală; 2. reducția instrumentală; 3. reducția operatorie (incizii cervicale liberatorii, hysterotomie, hysterectomie).

Cazul clinic: Bolnava P. A. de 45 ani, este internată în spital în ziua de 24. IX. 1944, pentru: dureri abdominale, febră, hemoragie vaginală și stare toxică. În antecedente două nașteri normale și un avort; menstruația urmează regulat în fiecare lună.

La examenul obiectiv bolnava e palidă, temp. 38,5, frisoane, hemoragie vaginală, puls 130, filiform. La examenul ginecologic se constată că din vagin se scurge o secreție brună-șocolată, fetidă. La tușul vaginal se constată o tumoră piriformă de

mărimea unei portocale care se continuă cu fundurile de sac ale vaginului la nivelul uned normal se găsește colul uterin. La examenul cu speculum vaginal se constată că tumora este gangrenată fără a se putea observa și delimita colul uterin. Examinând combinat (abdomino-vaginal) în micul bazin nu se află nici o formație care să corespundă corpului uterin. După examenul clinic se pune diagnosticul deci de tumoră cu inversiune uterină, cu gangrenă. Se intervine de urgență făcându-se histerectomie totală pe cale abdominală, cu drenaj vaginal.

După 6 săptămâni bolnava părăsește serviciul vindecată.

BIBLIOGRAFIE.

1. *Forgue et Massabuau*: Traité de Gynécologie.
2. *Bégouin, Bourgeois, Duval, etc.*: Précis de Pathologie Chirurgicale, tome IV.
3. *Proust et Charrier*: Chirurgie de l'appareil genital de la femme.
4. *Dr. Nașcu*: Un caz de inversiune uterină după avort. (Clujul Medical, 1933).

SPITALUL C. N. A. S. LUPENI, SERVICIUL CHIRURGIE.
Medic primar chirurg, Dr. V. Mărgineanu.

Viteza de sedimentare a hematiilor în inflamațiunile ginecologice mai frecvente

de

Dr. Ioan Pugna
medic secundar

Între probele de laborator întrebuințate în afecțiunile inflamatorii ginecologice, atât cu scop diagnostic, diagnostic diferențial și prognostic cât și pentru a controla eficacitatea tratamentului, este și determinarea vitezei de sedimentare a hematiilor. Prin această probă ne putem da seama dacă avem a face cu un proces inflamator acut sau cronic, dacă este o infecție recentă sau o infecție pe cale de a se stinge. Sedimentarea normală la femei este de 3—8 mm. după o oră și 10—12 mm. după două ore. Viteza de sedimentare este cu atât mai accelerată, cu cât procesul inflamator este mai extins și cu cât infecția este mai intensă. Nu este însă, o reacție specifică, și de multe ori, mai ales în procesele inflamatorii bine încapsulate, această probă este negativă, viteza de sedimentare este normală sau ușor accelerată. Foarte frecvent întrebuințăm această probă pentru a face diagnosticul diferențial între o apendicită și un proces inflamator al anexelor din dreapta. În caz de apendicită — afară de apendicitele perforate — viteza de sedimentare este normală. La fel ne servim de această probă în diagnosticul diferențial între o sarcină extra-uterină și un proces inflamator anexial. În sarcina extra-uterină fără complicații (avort tubar, hematocel, ori inundație peritoneală), viteza de sedi-

mentare este normală sau ușor accelerată, pe când în inflamațiile anexiale viteza de sedimentare este accelerată, și aceasta în raport cu intensitatea și extensiunea procesului inflamator. În determinarea vitezei de sedimentare ne-am folosit de metoda Westergreen cu tuburi de 30 cm. lungime, cu lumen de 2,5 mm. fiind gradate dela 0—200 mm. și citind sedimentarea după o oră și după două ore. Am ținut însă seama că viteza de sedimentare este influențată de mai mulți factori, printre cari: tensiunea superficială, vâzcozitatea, dimensiunea globulelor roșii, n-rul globulelor roșii pe cmc., precum și căldura, frigul și digestia. Am făcut această probă la temperatura camerei, 18—20°, și obișnuit după orele 4, pentru ca digestia să nu influențeze sedimentarea. Scopul urmărit a fost de a determina diagnosticul de proces inflamator, diagnosticul diferențial cu apendicita și sarcina extra-uterină, precum și de a vedea cum se comportă viteza de sedimentare în cursul tratamentului, servindu-mi drept indicator dacă tratamentul ales este bun sau trebuie schimbat.

Technica. Într-o seringă sterilă de un cmc. se aspiră 0.2 cc. citrat de sodiu 3,8%. Prin venepuncție se completează cu sânge până la un cmc. Se agită amestecul citrat de sodiu + sânge și se aspiră în tub. Se așează tubul pe un stativ și se citește se-

dimentarea după una și după două are. Important este ca sângele amestecat în felul acesta, poate fi conservat, deci nu e necesar ca imediat să fie aspirat în tub. Numai înainte de introducerea în tub el trebuie agitat.

Am executat această probă în 60 de cazuri cu următoarele rezultate:

In anexitele acute, adică în acele căi se manifestau prin puseuri acute, întrerupte de perioade de acalmie și în special în acele cari interesau mai mult anexele din dreapta, și unde tactul vaginal nu se putea executa în bune condițiuni din cauza stării dureroase a bolnavelor, și în scop de diagnostic diferențial cu apendicita, am determinat viteza de sedimentare a hematiilor în 25 de cazuri. În 15 din aceste cazuri, viteza de sedimentare este accelerată, variind între 45—85 mm. într-o oră. După două ore găsim cifre oscilând între 90—100—120 mm. În 6 cazuri din cele 25 găsim V. S. H. ușor accelerată. Variații între 18—32 mm. după 60 minute și 41—54 mm. după alte 60 minute. Aceste sunt cazurile cu anexitele subacute, cari în antecedente acuză simptome asemănătoare, ce sunt întrerupte de perioade de liniște, pentru ca să reapară după o oboseală, abuz post coitum etc. În 4 din cazuri, unde anexele erau îngroșate ca niște cordoane, foarte sensibile, și unde era prins perimetrul și aveau simptome de pelvi-peritonită, viteza de sedimentare varia între 62—86 mm. după 60 minute, 102—139 după alte 60 minute. În aceste cazuri a fost depistat ca agent patogen gonococul. În toate aceste cazuri după aplicarea tratamentului (piretoterapie, răcitor, spălături vaginale), ori tratament specific în cazul anexitelor gonococice, după 8—12 zile, determinând V. S. H. am găsit cifre cari se apropiau de normal sau rămăneau ușor sub normal, arătându-ne că o „restitutio ad integrum” este rară sau de loc și că în așa numitele anexite cronice, viteza de sedimentare este totdeauna ușor sub normală. În anexitele gonococice, cu cât viteza de sedimentare este mai accelerată înainte de instituirea tratamentului, cu atât aceasta se apropie de normal după câteva injecții de vaccin antigonococic asociate cu tratamentul per os în special cu eleudron.

In exudatele parametrale 15 cazuri. În patru cazuri uterul era îmbrăcat într-un exudat ce se ridica până la nivelul ombilicului. Uterul nu se putea delimita și fundurile de sac vaginale în special Douglasul bombau și erau foarte sensibile. Bolnavele febrile și cu simptome de pelvi-peritonită. Viteza de sedimentare a hematiilor după 60 minute oscila între 88—105 mm., pentru ca după alte 60 minute să ajungă la cifre de 120—168 mm. În aceste cazuri, după instituirea tratamentului cu injecții de pilocarpină zilnic un cmc., timp de 5 zile, urmate de o pauză de 3—4 zile, după care se reiau încă 5 zile și la care se asociază în primele zile: pungă cu gheață pe hipogastru, răcitor, calmante, constatăm că paralel cu ameliorarea stării generale și cu rezorbtia exudatului, viteza de sedimentare se apropie de normal. La două din aceste cazuri, după 5 injecții de pilocarpină, viteza de sedimentare ajunge între 20—27 mm. după 60 minute. La alte două din cazuri după terminarea tratamentului cu pilocarpină V. S. H. se menține în jurul cifrelor de 86—90 mm. după 60 minute și 92—100 mm. după alte 60 minute. În aceste cazuri se face pireto-terapie și constatăm că abia după 4 injecții de vaccin Delbet se ajunge la cifre cari oscilau între 32—40 mm. după 2 ore. În 6 cazuri exudatul interesa parametrul stg. și ușor cel posterior, formând o pungă fluctuantă, foarte sensibilă ce împingea uterul la dreapta și înainte. Înainte de instituirea tratamentului V. S. H. oscila între 58—66 mm. după 60 minute și 82—92 mm. după alte 60 minute. După terminarea tratamentului făcut numai cu pilocarpină, se ajunge la cifre ce variau între 16—22 mm. după 60 de minute și 20—32 după alte 60 minute. În 5 din cazuri exudatul interesa parametrul drept,

și se ridica la un lat de palmă deasupra simfizei. În aceste cazuri am găsit cifre oscilând între 60—72 mm. după 60 minute și 80—95 mm. după alte 60 minute. Pentru ca după câteva injecții de calciu și piretoterapie cu lapte să obținem cifre de 32—40 mm. după 60 minute și 42—56 după alte 60 minute.

În abcesele parametrale 15 cazuri. Abcese în Douglas 12 cazuri: Din aceste 6 cazuri cu abces după abort septic (tentativă, cu starea generală septică, febră de 39, puls 120—130, din care două cu sfârșit letal, viteza de sedimentare oscila între 110—140 mm. după 60 minute și 145—160 mm. după alte 60 minute. La 4 din aceste cazuri, după evacuarea puroiului prin colpotomie posterioară, la 5—6 zile V. S. H. oscila între 60—72 mm. după 60 minute și 75—88 mm. după alte 60 minute, pentru ca aceste cifre să se mențină mai multe săptămâni. La cele 2 cazuri cu sfârșit letal, V. S. H. și după evacuarea puroiului s'a menținut la cifre ridicate, variind între 130—152 mm. după 2 ore. În aceste cazuri V. S. H. ne-a dat și prognosticul boalei.

Abcese parametrale stângi 2 cazuri. Înainte de evacuarea prin puncție a puroiului V. S. H. oscila între 70—102 mm. după 2 ore. După evacuarea puroiului și tratament cu calciu și piretoterapie doze mici, se ajunge la cifre variind între 52—60 mm. după 2 ore.

Abces parametral drept un caz. V. S. H. oscila între 60—71 mm. după 60 minute și 88—101 după alte 60 minute. Cu tot tratamentul (evacuarea prin puncție a puroiului, colpotomie laterală), V. S. H. se menține accelerată și după 2 săptămâni bolnava sucombă.

Pyosalpinx 4 cazuri. Din acestea, două interesau trompa din stânga și aveau mărimea unui pumn de adult, palpându-se prin peretele abdominal deasupra plicei iliace. Înainte de aplicarea tratamentului V. S. H. oscilează între 74—98 mm. după 60 minute și 110—145 mm. după alte 60 minute. Se face colpotomie laterală evacuându-se puna purulentă și la 24 de ore se determină V. S. H. constatându-se scăderea acesteia la cifre de 45—54 mm. după 60 minute și 61—82 mm. după alte 60 minute. După un tratament de 2 săptămâni prin drenaj al cavității cu dren de cauciuc și calciterapie urmate de piretoterapie în doze mici, se determină V. S. H. și se constată oscilațiuni ușor sub normale, variind între 27—32 mm. după 60 minute și 41—45 mm. după încă 60 minute. În alte două din cazuri puna purulentă era situată mai jos și ușor înapoia uterului pe care-l împingea în sus deasupra simfizei pubiene și la dreapta. Starea generală a bolnavelor gravă, cu febră 39—40, puls 120, cu faciesul palid și cu dureri în tot etajul inferior al abdomenului. V. S. H. oscilează între 109—124 mm. după 60 minute și 135—164 după alte 60 minute. După golirea pungilor de puroiu prin colpotomie postero-laterală, V. S. H. scade apropiindu-se de 35—40 mm. după 60 minute și 47—53 mm., după încă 60 minute.

Tumora anexială stângă un caz. Anexele din stânga transformate într-o tumoră de mărimea unui pumn, neregulată cu boseluri și de consistență dură elastică. Viteza de sedimentare a hematiilor oscilează între 10—14 mm. după 60 minute și 16—18 mm. după alte 60 minute. Aici fiind vorba de o tumoră bine incapsulată, care nu dădea nici simptome generale și locale grave, nici sedimentarea hematiilor n'a suferit decât mici modificări.

Concluziuni. 1. Viteza de sedimentare a hematiilor este accelerată în procesele inflamatorii ginecologice.

2. Accelerarea este în raport cu intensitatea infecției și cu întinderea procesului inflamator.

3. Sedimentarea este foarte accelerată în procesele purulente (abcese în Douglas, abcese parametra-

le), precum și în inflamațiunile cu etiologie gonococică.

4. Proba vitezei de sedimentare a hematiilor o întrebuițăm și pentru a face diagnosticul diferențial între afecțiunile inflamatorii ale anexelor din dreapta și apendicită. La fel pentru a face diagnostic diferențial între o sarcină extrauterină intactă și o tumoră ori o inflamație anexială.

5. În tumorile anexile bine incapsulate, viteza de sedimentare arată cifre ușor sub normale.

6. Viteza de sedimentare servește și ca un indicator, arătându-ne dacă terapia aplicată este bună sau trebuie schimbată.

7. Determinarea vitezei de sedimentare a hematiilor în decursul tratamentului, poate servi ca un mij-

loc prognostic, arătându-ne că ne putem sau nu, aștepta la eventuale complicații.

BIBLIOGRAFIE.

1. W. Benthin: Diagnostic et diagnostic différentiel des maladies de la femme, 1932.
2. Domarus: Med. Welt. Nr. 33, 139.
3. Reichel: Ars medici. Nr. 6, 1936.
4. H. Curschmann: La valeur diagnostique de la réaction de sédimentation au cours des infections aiguës. Münchener. Med. Wochenschrift, Nr. 45, 1933.
5. Cardier: Nouvelles recherches sur la sédimentation sanguine, 1935.

SPITALUL OBSTETRIC ȘI GINECOLOGIC ARAD.

Director Dr. Salvator Vuia.

Epididimitele blenoragice

de

Dr. Bratu I. Int. Georgescu

Epididimitele gonococice, alături de prostatite, constituiesc cele mai frecvente complicații ale uretritelor gonococice. După statistica lui Joseph ele există în 6—12% din uretritile blenoragice, iar după Simonis în 27,5%. În ultima vreme frecvența lor a fost simțitor scăzută prin aplicarea tratamentului cu sulfamide, totuși apariția lor nu constituie nici azi o raritate, și prin lipsa actuală a sulfamidelor, cât și prin multiplele falsificări ale preparatelor originale, frecvența lor pare să fie din nou în creștere.

Dela 1 Ianuarie 1938 și până astăzi, am avut ocazia să observăm în Clinica Chirurgicală de sub conducerea D-lui Prof. Iacobovici 60 de cazuri de epididimite gonococice. Față de alte afecțiuni chirurgicale care cer spitalizarea, frecvența acestei afecțiuni a fost de 0,65%.

Epididimita gonococică poate apare la orice vârstă, dar frecvența ei maximă este în anii de intensă activitate sexuală. În cazurile noastre vârsta cea mai mică a fost de 14 ani, iar cea mai mare de 59 de ani. Cele mai multe cazuri se situau între 25 și 30 de ani, numărul acestor cazuri fiind de două ori mai mare decât a celor între 20—25 și 30—35 de ani. Sub 20 de ani și peste 50 de ani n'am întâlnit decât 6 cazuri.

În majoritatea cazurilor afecțiunea este unilaterală, bilateralitatea leziunilor notându-se după clasici în 1/10 din cazuri. Din cele 60 de cazuri ale noastre 7 au fost bilaterale, deci procentul găsit de noi este ceva mai mare decât cel dat în tratatele clasice. Cazurile noastre nu arată o predilecție deosebită a boalei pentru o anumită parte, numărul cazurilor locali-

zate la stânga, — parte care se spune că este mai deosebită prinsă, — a fost egal cu al celor localizate la dreapta.

În cazurile în care epididimita nu este consecința unei uretrite supra acute, localizarea microbului la nivelul epididimului este determinată de cele mai multe ori de cauze secundare ajutătoare, ca traumatismele, eforturile fizice, sporturile, greșelile de tratament, excitațiile genitale, coitul, masturbarea, etc. În cazurile noastre ca factori declanșatori au fost notate eforturile fizice în 13%, sporturile în 5%, traume locale în 3% și abateri de igienă (chefuri) în 2%.

În 19% din cazuri bolnavii nu făcuseră nici un fel de tratament înainte de apariția epididimitei, în 32% ei au făcut un tratament îngrijit și bine condus, al uretrei, iar în 49% din cazuri au urmat un tratament la dispensare.

Ocupația în sine nu pare să aibă o importanță prea mare în etiologia epididimitelor, căci dacă în cazurile spitalizate marea majoritate a cazurilor aparține clasei muncitoare, — 53 din 60 —, în clientela particulară proporția este aproape inversată. Totuși această predominanță la clasele muncitoare ar putea fi explicabilă prin lipsa educației igienice și a cunoștințelor asupra pericolului venerian, cât și prin expunerea lor la eforturi fizice brutale, de cari intelectualii sunt în genral scutiți.

În 7 cazuri din 60 în antecedentele bolnavului s'a notat existența unei inflamații epididimare anterioare și vindecate, de aceeași parte în 4 cazuri, de partea opusă în 2 cazuri și bilaterală în un caz.

Gonococul odată localizat la nivelul epididimului, provoacă leziuni maxime la nivelul cozii organului, fără însă ca restul organului să fie cu totul indemn. În cazurile noastre epididimul a fost prins în masă în 70 % din cazuri. În 17 % leziunea a fost limitată numai la coada epididimului, în 6,5 % din cazuri leziunea prezenta un caracter bipolar, iar în alte 6,5 % din cazuri ea era predominantă la capul epididimului.

Testiculul de cele mai multe ori nu este interesat, afecțiunea limitându-se numai la nivelul epididimului. Totuși cazurile în cari și glanda genitală este interesată, nu constituie o raritate. În cazurile noastre testiculul prezintă o modificare de volum în 1/3 din cazuri, în sensul unei creșteri de volum, creșterea moderată în 20 % din cazuri și mai pronunțată în 13 %.

Tegumentele scrotale participă la procesul inflamator în majoritatea cazurilor prin edem și roșeață. În cazurile noastre tumefierea și edemul scrotal au fost notate în 75 % din cazuri, iar roșeața în 52 %.

În 30 % din cazurile noastre și cordonul spermatic era interesat, o funiculită fiind asociată epididimitei.

Vaginala deși anatomo-patologic întotdeauna prinsă, clinic numai rare ori lasă să se constate existența unui revărsat reacțional, un hidrocel secundar notându-se în cazurile noastre în 2 %.

Prostata de cele mai multe ori este interesată, ea constituind de multe ori un focar infecțios intermediar între uretră și epididim. În cazurile studiate de noi prostata prezenta la tuseul rectal caractere inflamatorii în 72 % din cazuri, infecția fiind mai marcată de partea epididimului bolnav în 11 % din aceste cazuri.

De cele mai multe ori epididimita apare în săptămâna a treia sau a patra a uretritei. Rareori ea survine în săptămâna a doua sau a cincea și excepțional în prima sau a șasea. În cele 60 de cazuri observate de noi boala a apărut cu maximul de frecvență în săptămâna a treia a blenoragiei, și anume în 37 % din cazuri. Urmează septenarul patru și întâiu cu 14 %, apoi septenarul al doilea și al cincilea cu 7 % și septenarul al șaselea cu 3 %. Restul de 12 % din cazuri au apărut la indivizi purtători de uretrite gonococice cronice.

Debutul epididimitei a fost brusc în 44 de cazuri și subacut în 16 cazuri. Din aceste 16 cazuri cu debut subacut 10 au luat o evoluție cronică sau subacută. În toate cazurile cari au apărut în decursul evoluției unei uretrite acute, blenorheea a fost modificată în sensul unei scăderi, — 75 % —, sau a unei dispariții mai mult sau mai puțin complete, — 25 % —, în momentul apariției epididimitei. Durerea care caracterizează debutul afecțiunii este localizată la

nivelul regiunii inguinale, de unde repede coboară în sacul scrotal.

Durerea a fost prezentă în toate cazurile noastre, având un caracter continuu și uniform ca intensitate în 90 % și cu exacerbari în 10 %. Mersul accentua mult durerea în 94 % din cazuri. De cele mai multe ori bolnavii nu puteau preciza exact sediul durerii, întreg hemiscrotul respectiv fiind la fel de dureros (47 %). Numai 7 % din cazuri durerea a fost net localizată la nivelul epididimului, în toate celelalte cazuri, epididimul și testiculul au fost la fel de dureroase.

Numai în 2 cazuri din 60, durerile scrotale rămăneau cantonate și nu prezentau iradierii. În toate celelalte cazuri iradierile au fost nete și bine precizate de bolnavi, ele făcându-se spre regiunea inghinală în 56 %, spre lombe în 29 % și spre coapse în 15 % din cazuri. În 2 din 60 de cazuri durerea prindea și glanda genitală opusă. Durerile erau calmate prin simplu repaus în 33 %, prin puna cu gheață sau comprese umede în 40 % și erau prea puțin influențate de aceste mijloace fizioterapice în 27 % din cazuri.

La palparea epididimul de cele mai multe ori a fost bine delimitabil de testicul, numai în 26 % din cazuri epididimul și testiculul formau un bloc inflamator comun. Procesul inflamator epididimar de cele mai multe ori interesa întreg epididimul și numai rareori prindea numai porțiuni de epididim. Astfel în 71 % epididimul a fost prins în bloc, în 17 % leziunile erau mult predominente la coadă, în 6 % la cap și la coadă și în alte 6 % numai la capul epididimului. În toate cazurile palparea provoca durerea sau o exagerare în așa măsură că delimitarea organului bolnav a fost foarte grea în 43 % din cazuri. Indurația inflamatorie epididimară avea un caracter mai mult sau mai puțin boselat și neregulat în 66 % din cazuri și ea a fost regulată în 44 %. Epididimul și testiculul opus au fost sensibile și tumefiate în 7 % din cazuri, iar cordonul lua parte la procesul inflamator în forma unei funiculite în 30 %.

Tuseul rectal a permis diagnosticarea unei prostatite în 72 % din cazuri, inflamația prostatei având un caracter acut sau subacut în 76 %. Într'un singur caz epididimita a fost asociată cu un abces prostatic.

Palparea ganglionilor inguinali a arătat prezența unei adenopatii în 53 % din cazurile studiate de noi.

Ca simptome generale, febra a fost prezentă în toate cazurile noastre, însoțită de multe ori de cefalee și stare saburală. Vomismente sau alte fenomene de iritație peritoneală nu au fost notate decât într'un singur caz, în care procesul infecțios era localizat pe un epididim ectopic. Starea generală a bolnavului, ca-

re în mod clasic se admite că este de cele mai multe ori atinsă, în cazurile noastre nu a fost alterată decât în 5/60.

Fenomenele urinare asociate au lipsit în cele mai multe din cazurile noastre, nenotându-se decât în 12 din cazuri o polachiurie, usturimi la micție în 13 cazuri și modificări de jet în 2 cazuri. Piuria a fost prezentă în 9 din cele 60 de cazuri studiate de noi. Lojile renale au fost dureroase în 8 cazuri, iar rinichii palpabili într'un singur caz.

Evoluția cazurilor noastre a avut loc spre cronicizare în 13%.

Complicațiile ce se descriu în mod clasic în decursul epididimitelor gonococice, ca supurația și gangrena, obliterațiile și nevralgia, atrofiile testiculare, etc., nu par să fie chiar așa de frecvente. În cele 60 de cazuri observate de noi, nu s'a notat supurația și abcesul decât într'un singur caz, iar prinderea epididimului opus în 5 cazuri, trecerea infecției de partea opusă având loc de cele mai multe ori la sfârșitul primei săptămâni, (2/5). Nodulul inflamator scleros, rest al procesului infecțios epididimar, a fost notat de multe ori și în cazurile noastre, și anume în 74% din cazuri. Bolnavii noștri nu au fost revăzuți după părăsirea clinice, așa că nu putem stabili în câte cazuri nodulul scleros a persistat vreme mai îndelungată și nici dacă a dus la obliterarea canaliculilor epididimare.

Tratamentul urmat în cazurile noastre a fost cel recomandat de D-nii Prof. Iacobovici și Țeposu, și anume vaccinul antigonococic Cantacuzino pe cale intravenoasă. Acestui tratament principal i s'au asociat ca tratamente adjuvante, compresele testiculare cu acid boric și uneori când cu acestea durerea nu scădea în intensitate, pungea cu ghiață sau infiltrația novocainică a cordonului după tehnica descrisă de Imbert.

În cazuri izolate s'au încercat și alte tratamente, fie specificate cu ser Sterian, fie cu sulfamide, rezultatele însă nu au fost superioare în nici un caz, metodei recomandate de maestrul nostru.

Numai în două cazuri nu s'a obținut un rezultat complet cu acest tratament. Vindecările complete s'au

obținut în toate celelalte cazuri, un nodul scleros rezidual persistând însă în 72% din cazuri. Acest fapt nu trebuie considerat drept o dovadă a superiorității altor tratamente, căci oricare ar fi tratamentul folosit, în marea majoritate a cazurilor nodulul va persista încă multă vreme după terminarea tratamentului, el nedispărând decât tardiv în aproximativ 50% din cazuri.

Numărul necesar de injecții pentru obținerea vindecării a fost în general de 3—5, făcute în doze crescând cu câte o diviziune, doza inițială fiind de 1 diviziune din siringa de 2 cmc. Frecvența injecțiilor variază după reacția provocată. În general vaccinul poate fi administrat tot la 2—3 zile, imediat ce reacția produsă de doza anterioară a dispărut. În nici un caz doza administrată pe injecție nu trebuie să treacă de 1 cmc.

În 50% din cazurile noastre s'au făcut 3—5 injecții, în 23% din cazuri câte 1—2 injecții, în 18% din cazuri câte 6—8 injecții, în 5% din cazuri câte 9—10 injecții și în 4% din cazuri 12 injecții.

Prin acest tratament durata de spitalizare necesară vindecării a fost în medie de două săptămâni, ea variind între extremele de 3 și 60 zile.

Tratamentele asociate cu calciu, sulfamide sau alte medicamente nu par să scurteze durata tratamentului. Nici infiltrația novocaină a cordonului nu scurtează tratamentul, el având totuși avantajul de a permite prin suprimarea durerii și o mai rapidă sculare a bolnavului.

În concluzie, cele 60 de cazuri studiate de noi, confirmă încă odată frecvența mare a epididimitelor gonococice și arată că gonococul se localizează cu aceeași frecvență la stânga ca și la dreapta și că bilateralitatea leziunilor este mai mare decât se admite în mod obicinuit. Tratamentul cel mai bun, acela care dă pe lângă cea mai scurtă spitalizare, cele mai bune rezultate, este cel biologic, cu vaccin antigonococic intravenos.

CLINICA CHIRURGICALĂ

Director Prof. Dr. Iacobovici I.

Un caz de autopsie în mediul rural

de

Dr. Ion Basarab, medic de circ. com. Târnova Jud. Caraș

Cazul nostru este al unei tinere femei, căsătorită, din com. Soceni, jud. Caraș, moartă subit în ziua de 21. VII. 1944, cu fenomene peritoneale și metroragie. Deplasându-ne în acea zi la fața locului,

pentru verificarea morții, ni s'a părut suspect la prima vedere, scurgerea vaginală, care mai continua, faciesul peritoneal, cât și picătura de lapte apărută la presarea mamelei. Cazul fiind adus la cunoștința

Parchetului, pe ziua de 25. VII. 1944, procedând la facerea autopsie i-am constatat cele ce urmează:

Istoricul faptelor: Mama moartă de Tbc. pulmonar. Răposata în antecedente a suferit de: debilitate fizică accentuată, stări gripale repetate, tuse, uneor sputa muco-purulentă. La pat n'a stat decât foarte puțin. La vârsta de 20 ani se căsătorește. După căsătorie are două nașteri. Prima naștere în 20. III. 1942, un băiat, care după cinci săptămâni moare. Ea este foarte debilitată. Nu consultă nici un medic. A doua naștere în ziua de 4. III. 1944, o fetiță, care moare după patru săptămâni. Nașterea a fost asistată și de moașa oficială. După unele informații ar fi avut și un avort spontan.

Boala actuală datează de aproximativ două săptămâni. Bolnava lucra la munca câmpului, însă obosea repede, pofta de mâncare i-a scăzut, uneori avea subfebrilități și diaree. În ziua de 18. VII. 1944, deodată se simte foarte rău, se pune la pat, are diaree frecvente, apatică, are vărsături, nu se mai alimentează, temperatura foarte mare.

În ziua de 20. VII. 1944 are o scurgere vaginală sangvinolentă abundentă. În ziua de 21. VII. 1944, este chemată moașa, care constată că scurgerea continuă, nu este prea abundentă, bolnava este foarte consumată, stare generală septică, cu sensoriu alterat. La întrebări nu răspunde. Acuză dureri generale, ușoară asfixie, reacție peritoneală. Cu aceste simptome moare în ziua de 21. VII. 1944. (Informațiile sunt date de moașă, soț, frate și vecini)

Descrierea faptelor. Examen extern. Cadavrul femeii G. L. de 22 ani, de talie medie, debilă, cu țesut celular subcutanat redus. Musculatura hipotrofică. Rigiditatea cadaverică redusă. Pe corp, mai ales în părțile declive, pete-lividități cadaverice, pe abdomen pete cadaverice. Abdomenul balonat. Mirosul cadaveric. Coloritul tegumentelor la față palid, în rest roșu-violaceu. Nu se constată la exterior nici un indiciu de delict sau crimă.

Capul normal conformat, fața suptă, nasul ascuțit, pupilele dilatate. Orificiile naturale, nici un semn suspect. Toracele cu evidențierea spațiilor intercostale, mamelele mărite de volum. La presiunea mamelelor, se ivesc 2—3 picături de lapte. Abdomenul balonat, cu ușoară pigmentație a liniei albe. La nivelul organelor genitale, conformație normală, buzele mari evidente, cele mici ușor întredeschise, himenul distrus. Nu există nici un semn de lovire sau rănire, nici vreo arsură; la tușeul vaginal secreție mucoasă mirositoare. Membrele superioare, nimic deosebit, cele inferioare, la nivelul coapsei drepte pe față ci mernă, venectazii

Examen intern. Creier meninge nimic deosebit.

Toracele și cavitatea toracică: În cavitatea pleurală se află aproximativ 100 cc. lichid turbure colorat roșietic. Pleura

de culoare roșietică, cu câteva aderențe pleuro-costale stângi. Plămânii de volum mai redus, cu staze la baze. Pe secțiune se constată, un plămân foarte congestionat, cu o mulțime de leziuni micronodulare diseminate în parenchimul pulmonar, cu predominanță în pulmonul stâng. Pe părțile peribronșice ganglioni tuberculoși, de mărimea unui bob de fasole, cu un conținut caseos.

În cavitatea pericardică, lichid pericardic, de culoare roșietică.

Inima nu pare a fi mărită de volum. Pe secțiune miocardul de un colorit roșu, este friabil. În venticoli sânge.

Abdomen. În cavitatea peritoneală se găsesc circa 100 cc. lichid peritoneal de aspect turbure roșietic. Peritoneul de culoare roșie. Stomacul balonat. Mucoasa de aspect normal, puțin îngroșată, cu un conținut murdar lichid. Nu se constată eroziuni sau arsuri. Intestinul subțire și gros balonate cu conținut lichid, ce-și mărește cantitatea spre terminație, primind mirosul și culoarea fecalelor. Mucoasa pe unele locuri de un aspect inflamatoriu.

Ficatul mărit de volum. Are un aspect septic. Este friabil. Pe secțiune de un aspect marmorat.

Splina mărită de volum. Splină septică. Se rade cu mare ușurință. Rinichii nu sunt măriți de volum.

Organele genitale, după ce au fost scoase pe masă, am constatat la nivelul vaginului, mucoasa normală de un colorit roșietic alburiu. Nu se constată nici un semn de grataj, nici o arsură. Uterul de circa 7 cm. luncime, cu colul ușor întredeschis. Pe secțiune peretele uterin este îngroșat. Endometrul de culoare roșie alburiu, cu o ușoară hiperplazie; musculatura tare la presiune. Pe pereți nu se constată nici o urmă a unei perforații. În cavitate nu sunt semne de grataj sau arsuri. În cavitate în partea superioară se constată o formațiune cât un ou de porumbel, cu mici deslipiri la polul inferior, în strânsă legătură cu mucoasa uterină; prin presiune se deslipește, evidențiindu-se locul de implantare: este oul.

Salpingele au un conținut purulent sangvinolent, cu noduli pe mucoasă, de culoare șocolatie. Ovarul pare mărit de volum, cu un colorit roșietic. În rest nimic deosebit.

Concluzii: 1. Femea G. L. a fost gravidă. 2. Sarcina a fost întreruptă în mod natural datorită tuberculozei nodulare diseminate. 3. Moartea este naturală și se datorește tuberculozei nodulare diseminate.

Am publicat acest caz pentru a evidenția foloasele reale aduse de autopsie, în elucidarea cauzelor acestei subite, care la prima vedere ni s'a părut atât de suspectă.

Maladia lui Ayerza, în legătură cu un caz

de

Dr. Iosif Ghizdavu
medic primar

și

Dr. Ovidiu Goia
medic secundar

Dintre cardiicii cu cianoză foarte pronunțată, cei mai tipici sunt cei care suferă de: scleroza arterei pulmonare, arterita pulmonară cronică, cardiopatie neagră, numiri care constituiesc boala lui Ayerza.

Cunoscută de mult, individualizată în 1901 de autorul argentinian Ayerza, boala poate debuta primitiv în artera pulmonară, cazuri foarte rare (boala lui Arillaga), sau primitiv în plămân (boala lui Es-

cudero). Ori unde ar debuta, boala constituită poartă numele de maladia lui Ayerza sau „Cardiacos negros”.

Etiologie și patogenie: După majoritatea autorilor la baza acestei afecțiuni ar fi o toxi-infecție ce se localizează pe teritoriul circulației mici. Sifilisul ar fi cel mai frecvent incriminat, apoi paludismul, tuberculoza, alcoolismul, tabagismul, etc. În general o toxi-infecție ce ar ataca simultan plămânii și artera pulmonară. După evoluție deosebit:

1. O scleroză primitivă, idiopatică, foarte rară, ce apare mai mult la vârsta tânără de 25—35 ani, unde vom constata numai scleroza arterei pulmonare.

2. O scleroză secundară precedată de obicei de o leziune pulmonară, scleroza sau emfizem pulmonar, tuberculoză pulmonară, bronșiectazie, etc.

3. Forma simultană când procesul începe atât pe arteră cât și pe ramificațiile ei intra-pulmonare.

În patogenia maladii lui Ayerza se admit trei factori:

O hipertensiune în circulația mică, factori toxi-infecțioși descriși mai sus și un factor constituțional, debilitatea pereților arterei pulmonare (boala a fost găsită mai des la rasa Hindu în Bengal).

Anatomie patologică. În artera pulmonară pe întință se constată procese de endarterită abliterantă; pe medie tromboze mici și un proces ateromatos sclerozant. La fel pe ramificațiile mici intra-pulmonare. Cordul drept este hipertrofiat, artera pulmonară dilatăată. În plămâni se observă un proces de sclerozare în jurul bronșiilor și vaselor mici mai ales.

Simptomatologie. Boala este caracterizată printr-o cianoză puternică a feței și extremităților, poliglobulie, degete în baghetă de tambur, hipertrofia și dilatarea cordului drept, bronșită și scleroemfizem pulmonar.

Ca evoluție clinică deosebim 2 perioade: 1. Perioada bronșică dela 5—20 ani, unde predomină fenomenele bronșice: tuse, expectorație abundentă. 2. Perioada cardiacă cu o fază compensată și o fază decompensată. În prima fază apare cianoza pronunțată a feței și extremităților, degete în baghetă de tambur, sefalee, amețeli, vertij, somnolență, crize anginoide însoțite de accentuarea cianozei „angor cœruleus”. Caracteristic în această perioadă este contrastul între cianoza foarte exprimată și lipsa sau dispnee foarte redusă a bolnavilor, lipsa edemelor periferice, iar ficatul nu este mărit. În faza decompensată bolnavii au aspectul unor adevărați asistolici, cu edeme pronunțate ale extremităților, în special al feței; ficatul mărit în volum, sensibil. Pulmonar găsim un emfizem avansat cu fenomene de bronșită. Cordul drept mărit, matitatea precardiacă foarte redusă, șgomotul 2 pul-

monar clanguros, uneori dublu suflu; pulsul regulat, tensiunea arterială normală.

Radiologie. Examenul radioscopic este cel mai important, dându-ne o imagine caracteristică, patognomonică în scleroza arterei pulmonare. Cordul are aspectul, din cauza hipertrofiei și dilatării atrului și ventricolului drept, de „coeur en sabot”. Arcul pulmonar mijlociu este proeminent, umbrele hilare mărite, pulsează sincrom cu bătăile inimii. Pulmonar: o scleroză extinsă.

Diagnostic diferențial. Se face cu toate afecțiunile cardiace congenitale, bronșite cronice, scleroze pulmonare. Rolul principal în diagnostic îl joacă examenul radiologic, celelalte simptome clinice putând să ne înșele.

Prognosticul. Este sombru, evoluează lent spre fatalitate, dela 1—6 luni, până la 6 ani.

Tratamentul. Pe cât se poate etiologic, sifilisul fiind cel mai des în cauză, apoi simptomatic: emisii de sânge, digitală, strofantină, ephetonimă, belladonă, etc.

Observația clinică: Bolnavul M. C. de 67 ani agricultor din comuna Proștea Jud. Tr. Mare, intră în serviciul nostru pentru a doua oară în 6 Septembrie 1945, pentru edeme generalizate, oboseală, somnolență, tuse cu expectorație abundentă, dispnee la efort.

Antecedente heredo-colaterale: nimic important.

Antecedente personale: În războiul din 1916 a fost rănit de o schije transfixiant prin plămânul drept. Imediat după rănire a avut repetate hemoptizii; la fel după 2 ani, hemoptizii ceva mai mici la distanțe de 2—3 luni. De atunci devine tușilor. În 1917 a suferit de malarie, în Scutari. Fumător și alcoolic pasionat, neagă alte maladii infecto-contagioase și venerice.

Boala actuală: De aproximativ 2 ani boala s'a agravat având oboseală și dispnee la eforturi mari, apoi și la eforturi mai mici, tuse cu expectorație abundentă, muco purulentă, amestecată din când în când cu strățiuni sanguinolente. La scurt interval de timp îi apar edeme la gambe și față extremitățile devin cianotice. La intervale de 1—2 săptămâni, bolnavul este cuprins de dureri constrictive precardiace ce durau în medie 5 minute, urmate de senzație de amorteală în membrele inferioare. Bolnavul povestește că în timpul și după durerile precardiace amintite mai sus, uitându-se în oglindă observă colorarea în negru, accentuarea cianozei, a feței și în deosebi a nasului (angor cœruleus).

Cu aceste fenomene intră pentru prima oară în serviciul nostru în Aprilie 1944. După 3 săptămâni părăsește spitalul ameliorat, putând să-și permită acasă mici eforturi, până în 6 Septembrie 1945, când revine în serviciul nostru, de astă dată cu fenomene mult mai pronunțate. Din nou se edematiază, în special la față, tusea și dispnea îl supără din ce în ce mai mult, oboseala și somnolența sunt accentuate, durerile precardiace survin mai des; apar și dureri în hipocondrul drept, cianoza este neagră.

Obiectiv: De statură și conformație normală, tegumentele cianozate în special față și extremitățile, degetele hipocratice, edemul este generalizat, cu predominanță la față.

Sistemul nervos: Senzoriul clar, ochii ușor injectați, somnolență profundă, reflexele păstrate.

Aparatul respirator: Torace rigid emfizematos, excursiile

respiratorii reduse. La palpație hiper sonoritate. La auscultație respirația diminuată cu raluri bronșice diseminate asupra ambelor câmpuri pulmonare, la baza dreaptă raluri frecătură.

Cord: Matitatea precardiacă mult diminuată, șgomotele cardiace clare, ritmice, mult diminuate ca intensitate, șgomotul 2 pulmonar ușor accentuat.

Abdomenul: Ușor edemațiat. Ficatul: mărit de 3 degete, sensibil la palpare. Splina: Nu se palpează. Lojile renale: Libere. Urina: clară, galbenă, citrină dens. 1018, albumina: neg. zahăr, neg. puroi, neg. Tensiunea arterială (Vaquez-Laubri) $10^{1/2}$ — $6^{1/2}$.

Examenul sângelui: hematii 7.200.000, leucocite=8.000, hemoglobină=60%. Reacția Wasserman: neg. Ureea: 0,47%.

Examenul radiologic: Arcul arterei pulmonare bombat. Cordul mărit mai ales transversal. Sinusul costodiafrmatic drept prins. Scleroză extinsă asupra ambilor plămâni. La radioscopie se observă dansul hilar sincron cu pulsația inimii. Vocea unori este răgușită.

După un repaos și tratament de 4—5 săptămâni, am reușit să-l readucem din starea de asistolie, edemele cedând mult; starea generală se îmbunătățește, cianoza extremităților însă se menține.

Concluzii:

1. Cazul nostru a avut o perioadă lungă bronșică de 27 ani, după care a urmat o fază cardiacă compensată cu cianoză, spută cu striiațiuni sanguino-

lente, edeme discrete și crize anginoide albastre (angor cöeruleus).

2. Din 1944, intră în faza asistolică, când îi stabilim diagnosticul adevărat.

3. După felul evoluției, adică cu debut pulmonar, ar fi o scleroză secundară a arterei pulmonare (malaria lui Ayerza).

4. Factorii etiologici au fost de ordin toxiinfecțios, mecanici. Astfel alcoolismul și nicotina ca și plaga transfixiantă pulmonară prin schije, care a dat o bronșită cronică, scleroza intra pulmonară și în cei 27 ani emfizem pulmonar, iar ca factor infecțios malaria. Prin hipertensiunea în circulația mică, pereții arterei pulmonare au cedat, s'au dilatat și s'a greșat desigur și procesul sclerotic extins dela micile ramificații ale arterei spre trunchiul arterial.

5. Tabloul clinic și radiologic a fost complex și tipic în faza de asistolie când s'a prezentat a doua oară la noi.

6. Procesul de scleroză s'a extins și la artera coronară mai ales la dreapta, căci de doi ani bolnavul a relevat crizele anginoide însoțite brusc de o accentuare a cianozei (angor cöeruleus).

PROBLEME TERAPEUTICE

Considerațiuni asupra tratamentului cu „Reticulina M.” în Dermatologie

de

Dr. Emil Colbazi
medic primar

Dr. Emil I. Bologa
medici secundari

Dr. Vincențiu Dâmboiu
medici secundari

Înainte cu aproape 6 ani d. Profesor Iuliu Moldovan pune în experimentare practică clinică Reticulina M. după o muncă și experimentare de laborator de peste 30 ani.

Prin injecții intravenoase cu tuș, oxid de fier coloidal, trypanbleu și colargol, d. Profesor Moldovan blochează sistemul reticuloendotelial, aceste substanțe fiind acumulate în celulele acestui sistem.

În urma acestui blocaj, „celulele reticuloendoteliale proliferază și eliberează în cantități mai mari în sânge o substanță capabilă să prevină fenomenele de șoc”.

¹⁾ Având în vedere că s'a scurs mult timp dela apariția articolului Dlui Profesor Moldovan și a colaboratorilor D-sale. „Reticulina M. mecanism de acțiune și indicațiuni terapeutice” în Clujul-Medical, credem că facem un serviciu real colegilor care n'au avut ocazia să-l citească, să reproducem pasagii întregi din acel articol, tocmai pentru înțelegerea mecanismului și acțiunii Reticulinei.

Prin ultrafiltrare, dializă sau precipitare M. se pară această substanță de componentele proteinice ale serului.

M. izolează deci această substanță termostabilă, care se poate păstra sterilizată timp nelimitat.

Ca un omagiu marelui Metchnikoff, d. Profesor Moldovan numește această substanță „Reticulina M”.

M. consideră această substanță ca un hormon al sistemului reticuloendotelial.

Reticulina este atoxică, „injectată cu 5 minute înainte reinjecției antigenului la cobaii sensibilizați, Reticulina previne șocul anafilactic.

Injectată simultan sau numai cu 2—3 minute înainte acestuia, șocul se produce neîmpiedicat”.

Reacțiunea locală și directă la nivelul endoteliilor capilare și sporirea permeabilității acestora, rămâne procesul dominant în desfășurarea șocului anafilactic.

Mecanismul de acțiune al Reticulinei ar fi deci următorul:

1. Reticulina împiedică în mod direct reacțiunea

între antigen (anafilactogen) și anticorp (sensibilizant).

2. Reticulina împiedică sau anulează acțiunea principiului toxic (substanța H).

3. Reticulina suspendă sau reduce tranzitoriu contractibilitatea musculaturii netede fie direct, fie pe calea sistemului nervos vegetativ (acțiune spasmolitică).

4. Reticulina păstrează sau restabilește permeabilitatea normală și tonusul normal al capilarelor.

5. Reticulina în mod indirect, pe calea acțiunii asupra endoteliilor capilare, împiedică sau încetinează reacțiunea între antigen și anticorp.

Experiențele întreprinse în scopul de a preciza mecanismul au dus la următoarele rezultate:

a) Reticulina *in vitro* nu influențează mersul reacțiunilor imunologice, de ex. precipitarea, aglutinarea și reacția de fixare a complementului.

b) Reticulina s'a dovedit în concentrații mari, care conțin de 100—200 ori mai mult principiul activ decât preparatul obișnuit, cu desăvârșire atoxică.

c) Reticulina injectată în doză obișnuită la persoane sănătoase rămâne fără efect semnificativ asupra tabloului sanghin, asupra tensiunii arteriale și stării de echilibru al sistemului vagosimpatic și nu produce nici un fel de reacțiune sau modificare funcțională demonstrabilă din punct de vedere clinic.

d) Reticulina administrată pe cale intravenoasă — în cantitate suficientă — cel puțin 5 minute înaintea reinjecției de antigen la cobaii sensibilizați, previne șocul anafilactic.

Optimul de interval între injecția Reticulinei și injecția antigenului este de 10 minute. Acțiunea protectoare a Reticulinei la cobaiul sensibilizat poate dura câteva ore și nu a întrecut niciodată intervalul de 48 ore. Aceasta ne arată că Reticulina după injecția intravenoasă la cobaiu rămâne numai scurtă vreme — cel mult 48 ore — la nivelul cerut pentru a putea preveni șocul anafilactic.

Administrarea Reticulinei făcându-se pe cale subcutanată, optimul de acțiune evident nu va fi la 10 minute, ci mai târziu, iar durata acțiunii mai lungă.

e) Reticulina administrată în doze prea mari la cobaii sensibilizați (d. e. 50—200 doze protectoare) nu mai împiedică ivirea șocului anafilactic ci-l poate chiar accentua.

f) Acțiunea protectoare a Reticulinei față de șocul anafilactic este anulată prin pituitrină. Adrenalina nu influențează acțiunea protectoare a Reticulinei, cafeina (natriobenzoică) acționează sinergic cu Reticulina. În același fel acționează și Cortigenul, hormonul corticalei suprarenale.

g) Reticulina nu împiedică acțiunea bronhospas-

tică a muscarinei, acțiune care datorită fiind unei excitațiuni a vagusului, este ușor prevenită prin atropină.

h) Reticulina injectată în doză obișnuită la cobaiu împiedică acțiunea toxică a histaminei și a serului proaspăt de bou.

i) Cobaii desensibilizați, care în urma tratamentului preventiv cu Reticulină suportă o doză mortală cu antigen, fără vreun simptom de șoc, reinjectați a 2—4-a zi din nou cu o doză dublă mortală de antigen, nu mai fac șoc. Ei au devenit antianafilactici, desensibilizați prin prima reinjecție de antigen.

Reticulina deci nu împiedică reacțiunea între antigen și anticorp, ci o încetinează în așa măsură, încât nu se produc fenomene de șoc, animalul însă este desensibilizat. *În această acțiune, în desensibilizarea desăvârșită sub scutul Reticulinei, trebuie să căutăm explicațiunea efectului durabil al Reticulinei în stări alergice.*

„Reticulina injectată pe cale intravenoasă se fixează repede la nivelul celulelor endoteliale ale capilarelor și le modifică structura sau funcțiunea în timpul prezenței sale în celule în așa fel, încât reacțiunea antigen-anticorp este încetinită, principiul toxic nu poate lua naștere sau nu poate fi eliberat în cantitatea necesară, pentru a produce fenomene morbide și animalul devine desensibilizat. În același timp Reticulina păstrează sau reface permeabilitatea și tonusul normal al capilarelor și previne sau combate consecințele permeabilității sporite între care edemul, inflamația și spasmul musculaturii netede“.

M. recomandă Reticulina în afecțiunile de natură alergică, la care endoteliile devin permeabile, capilarele se dilatăază, se prezintă un edem cu încetinirea circulației sanguine, până la stază, eliberându-se și intrând în acțiune un principiu toxic (substanța H).

În cazul de alergii de natură microbiană și de alergii polivalente cu lezarea endoteliilor capilare acțiunea Reticulinei va fi mai redusă și desensibilizarea de durată mai scurtă.

M. recomandă Reticulina pentru diagnosticarea naturii alergice a unei afecțiuni.

Ca doză terapeutică M. recomandă Reticulina obișnuită în fiole de 2 cc. subcutanat, și având în vedere că Reticulina rămâne scurt timp activă în organism, va trebui menținută timp de 1—2 săptămâni în organism prin injecții zilnice sau la două zile.

În cazuri urgente doza poate fi urcată dând două injecții pe zi și putând fi administrată și intravenos.

M. recomandă pentru o serie de tratament 12 injecții subcutanate, care după natura cazurilor pot fi prelungite sau în caz de recidivă repetate.

Rezultatele favorabile cu Reticulină s'au obținut înainte de toate în afecțiunile de natură alergică, în ec-

zeme alergice, toxemii gravidice, prurit alergic, eritrodermia lui Leiner, astm, migrenă, etc.

Prin Reticulină s'a obținut reducerea duratei tratamentului la combustii, la toxicodermii, îndeosebi la toxicodermiile postsalvarsanice, inflamația și edemul fiind influențate favorabil.

M. cere o selecțiune a cazurilor tratate cu Reticulină, o anamneză amănunțită, dându-se o deosebită importanță factorului ereditar; o perfectă obiectivitate a observației clinice, a efectelor terapeutice și a duratei acestor efecte, respingând exagerarea efectelor terapeutice bune ca și exagerarea lipsei de efect, sau de efecte nocive, acolo unde ele n'au existat.

În anul 1940 aproape toate clinicile din Cluj au expus în „Clujul Medical” experiențele și rezultatele obținute cu Reticulina M.

Hațieganu: obține rezultate bune, 40—50% în cazuri de migrenă, astm, urticarie și recomandă la bolnavul cu sindrom alergic un tratament prelungit cu Reticulină de cel puțin 3 luni, administrând în prima săptămână doze zilnice, în a doua săptămână tot a doua zi, în a treia tot a treia zi, apoi câte o injecție în fiecare săptămână timp de 2 luni.

H. crede că efectul Reticulinei va fi mai sigur dacă se vor adăuga și extracte organice (ficat), vitamina C și hormoni, care toate au un rol în sindromul alergic.

Goia: obține vindecări în astm bronșic 48,54%, ameliorări 38,46%, neinfluențate 23%.

În urticarie vindecări 64,70%, ameliorări 11,76%, neinfluențate 23%.

În migrenă vindecări 72,77%, ameliorări 18,18%, neinfluențate 9,05%.

G. observă după administrare intravenoasă, dureri de cap, febră, și o urcare a tensiunii arteriale, de aceea renunță la această administrare.

Minea și Lakatos: obțin rezultate bune în reacțiunile după tratamentul cu ser antitriptic și antilipasic, cu ser provenit dela berbeci și iepuri. Prin tratament prevenit cu Reticulină pot aplica acest tratament și la persoane deosebit de sensibile.

Al. Pop și Papa: obțin ameliorări subiective în 7 cazuri de endarteriită obliterantă. Starea generală s'a ameliorat, durerile au pierdut din intensitate, și la începutul bolii au încetat chiar cu totul.

În mai multe cazuri au observat și ameliorări obiective. Circulația sanghină s'a îmbunătățit, așa că gangrena a putut fi împiedicată în desvoltarea ei.

Rezultatele cu Reticulină sunt îndeosebi bune atunci când infiltrația anatomo-patologică nu este prea avansată, și în care predomină procesul inflamator alergic însoțit de un puternic factor spasmodic.

M. Sturza: în 19 cazuri cu hipertensiune, însoțite de diferite manifestațiuni subiective ca cefalee, congestii, amețeli, presiuni precardiace și paretezii, reduce tensiunea arterială cu 2—8 mm. Hg. — În 5 cazuri modificările minime.

În 6 cazuri de urticarie și 1 caz de edem Quinke, obține rezultate bune.

Buzoianu și Gârbea: obțin în ozena cu 1—2—3 serii rezultate de ordin general. Subiectiv și obiectiv bolnavii se simt mai bine, și semnalează o euforie generală; rezultatele locale fiind mai puțin evidente.

În rinite și faringite cronice atroifice, obțin o tonifiere evidentă a mucoasei, care după tratamentul cu Reticulină ia aspectul unei mucoase care se apropie de normal.

În rinitele spasmodice obțin rezultate bune.

În cefaleele fără o etiologie precisă, rezultatele sunt inconstante.

Într'un caz de astm bronșic cu crize repetate s'au obținut rezultate bune, evidente.

L. Pop: comunică rezultatele obținute în dermatologie, tratând 100 bolnavi cu diferite afecțiuni.

În 12 cazuri de eczemă alergică obțin 6 vindecări, 4 ameliorări, și 2 neinfluențate. Mai susceptibile pentru tratament sunt cazurile în faza mai acută, la care observă o diminuare a mâncărimii și a inflamației.

În urticarie obține rezultate evidente, din 8 cazuri, 5 au fost vindecate, 1 ameliorat și 2 neinfluențate.

În dermatitele medicamentoase, îndeosebi în cele postsalvarsanice obține rezultate foarte bune, neavând nici un eșec.

În toate cazurile de intoleranță față de neosalvarsan obțin rezultate bune, putând continua tratamentul cu acest preparat.

În eritrodermii secundare medicamentoase 1 caz vindecat, 1 neinfluențat.

În eritrodermii generalizate obține vindecare în 2 din 3 cazuri.

În psoriasis nu obține nici un rezultat

În ulcerul cronic varicos obține o regresie rapidă a fenomenelor inflamatorice și o epitelizare rapidă a ulcerelor.

În dermatitele buloase: într'un caz de pemfigus exfoliativ vindecarea parțială, 1 caz de pemfigus vegetant neinfluențat, în 3 cazuri de pemfigus vulgar obține vindecare completă, 1 caz de dermatită polymorfă Dühring parțial influențat.

Rezultatele obținute în combustii sunt deasemenea foarte evidente.

Radu, Leca și Milota: consideră Reticulina M. specifică în eritrodermia descuamantă.

În urticarie obține rezultate foarte bune.

servă în cazuri unde se prezintă și alterațiuni ale celulei hepatice și a glandelor endocrine.

Rezultate bune observă în reumatism acut, bronșită și congestii pulmonare.

Voicu: obține rezultate bune la edeme, nefroze, stări preeclaptice în sarcină. În dermatose gravidice cu prurit generalizat care rezistă tratamentelor obișnuite, obține vindecarea cu Reticulină.

Intr'un caz de hipermeză gravidică obține vindecare.

În cazuri de hipertensiuni arteriale, obține după Reticulină scăderea tensiunii, așa că operația — la 3 cazuri care au avut și tumori genitale — s'a putut face în condiții bune, rămânând scutite de orice complicație ulterioară.

C. Stanca: comunică rezultate bune în hipertensiuni, intoxicații cronice, menopauză, astm gravidic, dermatose gravidice, șoc obstetrical și stări preeclaptice.

Gavrilă: întrebuințează Reticulină în boala serului, dând în unele cazuri o injecție de Reticulină o jumătate de oră înainte de injectarea serului, în alte cazuri dând și la 3 zile după injectarea serului o Reticulină.

D-sa nu observă reducerea frecvenței boalei serului, dar față de cazurile netratate cu Reticulină, fenomenele sunt mai reduse.

M. în urma cercetărilor experimentale trage concluzia, că efectul Reticulinei pleacă dela endoteliile vaselor, că în urma schimbărilor provocate de Reticulină în funcțiunea și în structura endoteliului, se încetinează reacțiunea dintre antigen și anticorp, urmată fiind de desensibilizare.

În experimentele la cobaiu se poate obține prin atropină și adrenalina o prevenire a șocului anafilactic, o desensibilizare de aceeași durată și intensitate ca după Reticulină. D-sa constată că, cafeina previne șocul anafilactic și are o acțiune profilactică ca și adrenalina asupra șocului histaminic și a spasmului bronșic provocat de muscarină, întrecând astfel efectul Reticulinei; s'ar aștepta deci același rezultat și la afecțiunile de natură alergică, dar nu e cazul.

Efectul terapeutic provocat de adrenalina, cafeina și atropină în sindromele alergice sunt mai prompte, mai rapide, dar de scurtă durată, fără să ducă la o desensibilizare, pe când Reticulina acționează mai încet, având însă un efect durabil și provocând desensibilizarea.

Fenomenele de șoc pleacă dela o iritație sau o lezare a endoteliilor vaselor, urmată de o atonie a capilarelor și o permeabilitate exagerată a celulelor endoteliale.

Astfel circulația sanguină în capilare stagnează, se produce edem, fibrele musculare netede sunt irita-

te, țesuturile nu primesc oxigenul suficient și urmare va fi o reducere și mai mare a tonusului capilarelor. Se formează astfel un cerc vicios, care dacă nu se intervine duce la necroză, sau la moarte.

După rezultatele obținute, acțiunea Reticulinei asupra celulelor este constantă și electivă asupra endoteliilor, împiedicându-se reacția dintre antigen și anticorp; se evită astfel șocul și se provoacă desensibilizarea.

Din regresiuinea rapidă a inflamației și edemelor indeosebi la combustii, trage concluzia că Reticulina reface permeabilitatea capilarelor, normalizează tonusul capilar și le redă astfel funcțiunii lor normale. Acest efect se explică și prin acțiunea Reticulinei asupra histaminei și a substanțelor înrudite, care provoacă în parte fenomenele de șoc.

Rezultatele terapeutice arată un efect și asupra sistemului nervos vegetativ, al cărui echilibru se pare că-l reface.

Cu toate acestea deocamdată nu se poate explica efectul de lungă durată a Reticulinei la alergii, care ajung la desensibilizare după o durată de ani, sau chiar de decenii, după câteva injecții cu Reticulină.

M. precizează că mai e nevoie de multă muncă experimentală și observații clinice pentru a putea trage concluzii definitive.

Având în vedere reputația științifică a autorilor, care au comunicat rezultatele lor terapeutice și observațiile asupra Reticulinei, trebuie să ne bucurăm că — într'un domeniu unde noi adeseori stăteam neputincioși, iar bolnavii se perindau dela un medic la altul, aducând cu ei aproape totdeauna un morman de rețete, pentruca la urmă, după ce au colindat medicii, să ajungă pe mâna șarlatanilor și a babelor — s'a îmbogățit arsenalul nostru terapeutic cu un preparat cu vădită acțiune antialergică și antiflogistică.

În cursul ultimilor doi ani am încercat și administrat Reticulina în 139 cazuri, cele mai multe internate în spital și o parte tratate în mod ambulatoric.

Având în vedere caracterul spitalului nostru cu o afluență foarte mare de bolnavi, am aplicat Reticulina numai în cazurile unde ne puteam aștepta la o acțiune bună a acestui preparat, fără să experimentăm prea mult, așa că am aplicat Reticulina indeosebi în bolile alergice și acolo unde edemul și inflamația predomină.

Injecțiile cu Reticulină le-am administrat — după natura bolii — la două zile, zilnic, sau două pe zi — subcutan sau în unele cazuri intravenos, fără a observa vreodată vreo reacție din partea organismului, injecțiile fiind perfect tolerate.

Numărul injecțiilor pentru o serie a constat din 6—12—18 sau chiar mai multe injecții, după natura

bolii și după felul de a reacționa, la tratament, al bolnavilor.

Înainte de începerea tratamentului cu Reticulină s'au executat examinările obișnuite de laborator, și îndeosebi în cazurile de prurit idiopatic am făcut examinările fecalelor pentru a putea exclude prezența paraziților intestinali.

Pentru a arăta efectul tratamentului cu Reticulină în diferitele afecțiuni dermatologice, le vom prezenta după cum urmează:

I. — COMBUSTII

Au fost tratate cu Reticulină 38 de cazuri, 20 bărbați și 18 femei. Combustiile au fost provocate de explozii de benzină (primus), petrol, gaz metan, aburi sau lichide fierbinți.

În cazurile tratate cu Reticulină, am putut observa — în comparație cu cele netratate cu Reticulină — o dispariție mai rapidă a stării toxice, o scădere a temperaturii mai rapide, inflamația și edemul se reduc mai curând, iar membranele necrotice se elimină mai repede, așa că granulațiile se produc mai repede și regenerarea și epitelizarea se face mult mai repede.

Din cele 38 de cazuri au fost vindecate 32 și au sucombat 6,4 bărbați și 2 femei. Cei sucombati au prezentat leziuni întinse și grave, iar moartea s'a produs între 4—17 zile.

Pentru tratamentul cu Reticulină am ales numai cazurile cu leziuni mai întinse și pe lângă tratamentul cu Reticulină am aplicat și tratamentul local obișnuit.

II. — TOXICODERMII POSTSALVARSANICE

Au fost tratate 28 cazuri, 15 bărbați și 13 femei.

Rezultatele obținute au fost excelente. Inflamația, mădidația și edemul au regresat după câteva injecții și infecțiile secundare atât de temute au putut fi prevenite în toate cazurile.

Din cei 28 de bolnavi, 26 au părăsit spitalul vindecați, iar 2 femei au sucombat.

Dăm mai jos un extras din foile de observație a femeilor sucombate:

1. — V. L., 46 ani, văduvă, femeie de serviciu, cu domiciliul în Brașov.

Intră în spital în 10—IX—1943 cu o formă gravă de *sifilis secundar, cu exantem papulo-pustulos, varioliform generalizat*.

Antecedente ered., colat. și pers.: fără importanță.

De vreo două, trei săptămâni observă leziuni pe corp care n'o supără și cărora nu le dă importanță. De câteva zile se simte rău, e foarte slăbită, are temperatură urcată și se prezintă la secția medicală de unde ni s'a trimis nouă.

Starea prezentă: bolnava de constituție mijlocie, foarte slăbită și emaciată.

Conjunctivele injectate, inflamate, pleoapele edemate, fotofobie.

Ganglionii în general ușori măriți, duri, izolabili și nedureroși.

Greutatea 42,300 kgr.

Subiectiv bolnava acuză o stare de slăbiciune generală și dureri de cap, mai accentuate seara și noaptea. Somnul agitat, adeseori întrerupt, având senzații de frică.

În 13—IX— Reacția Wassermann +++++, Meinicke +++++.

În urină nimic patologic.

Temperatura 39°.

Obiectiv prezintă pe toată suprafața corpului un exantem papulos până la mărimea unui bob de linte și un exantem pustulos varioliform, nerespectând nici o regiune a corpului.

În regiunea lombo-sacrală prezintă un placard de mărimea aproape unei palme de adult, de culoare roșie lividă, cu o infiltrație păstoasă pronunțată.

Se începe tratamentul specific cu multă precauție, aplicându-se la început doze mici de cianură de mercur și apoi solu-salvarsan de 1—2—3 cc. peste care doză nu s'a trecut, avându-se în vedere starea generală a bolnavei.

Zilnic temperaturi cu caracter septic până la 40°.

La un examen medical nu s'a constatat nimic deosebit.

La 14 zile după internarea în spital, temperatura începe să scadă și ajunge la normal după 20 de zile, după ce a primit 0,035 Hg. Cy., 3 Bi. și 11 cc. solusarvasan. Bolnava câștigă aproape 7 kgr. în greutate, ajungând la 7—X— la 46 kgr.

În 9—X— din nou temperatură urcată, bolnava acuză dureri în axila dreaptă, unde se constată o tumoare de mărimea unui ou de porumbel, de culoare roșie vie, fluctuantă, cu un orificiu mic în centru, prin care se scurge o secreție purulentă.

În 10—X— un furuncul pe spate, așa că în anestezie locală cu chelen se incizează atât abcesul din axilă cât și furunculul, după care se simte bine și temperatura scade.

În 14—X— bolnava acuză un prurit generalizat, prezentând și o ușoară urcare de temperatură până la 37,8°, fără simptome obiective. Se sistează tratamentul specific.

În 15—X— diseminat pe corp, îndeosebi pe abdomen, pe fese și regiunea sacrală, mai puțin pe extremități se prezintă niște placarde până la mărimea unei palme de copil, eritematoase, edemate, denivelând pielea. Subiectiv prurit intens.

În 17—X— se începe tratamentul cu Reticulină, administrându-se zilnic câte o injecție subcutană.

19—X— placardele mai numeroase cu tendințe de confluație. Subiectiv prurit și usturime. T. 40°. Se aplică comprese cu borax și rivanol.

22—X— Placardele au confluat toate, pielea difuz edematiată de culoare roșie violacee.

26—X— Pe piele se prezintă diseminat teritorii mădide de diferite mărimi.

Se aplică un pansament general cu pastă de zinc.

În 28—X— Edemul și inflamația mai reduse. Mădidația aproape complet redusă. Subiectiv se simte mai bine, pruritul fiind mai diminuat. Temperatura mai redusă: 37,4°—38,5°.

În 29—X— Madidația complet redusă. Pe toată suprafața corpului se prezintă o descvamație lameloasă.

În regiunea lombosacrală un început de escară, prezentându-se o ulceratie superficială de mărimea unui taler, înconjurată de o zonă eritematoasă infiltrată, foarte dureroasă.

În 2—XI— Leziunile cutanate aproape complet regresate. Pruritul redus. Escava ceva mai întinsă, curată, totuși temperatura septică se menține și bolnava pierde rapid din greutate ajungând la 39,900 kgr.

4—XI— Pielea lucie, nu mai descvamează, pruritul redus complet. Bolnava slăbită, adinamică, somnolentă, se alimentează foarte puțin neavând poftă de mâncare.

5—XI— Temperatura se urcă la 40°, devine apatică, stare care se menține până în 7—XI— când sucombă.

A primit total 22 injecții cu Reticulină.

2. — B. C., 28 ani, necăsătorită, lucrătoare la o uzină de armament din localitate.

Intră în serviciul nostru în 29—I—1944, cu diagnosticul:

Sif. II. Exantem maculos recidivant. Papule erosive genitale și perianale. Papule ipertrofice perigenitale.

Anteced. ered. și colat.: fără importanță.

Anteced. personale: fără importanță.

Referitor la boala actuală ne spune că în luna Decembrie 1943 observă niște leziuni genitale, cărora nu le-a dat nici o importanță. Ultimul contact în Iunie 1943.

În 29—I— Începe tratamentul specific cu Bismul și Solusalvarsan.

31—I— R. W. ++++. M. ++++.

Tratamentul e bine suportat până la 25—II—, când apar diseminat pe toată suprafața corpului leziuni mici eritemo-papuloase, pruriginoase,

Se întrerupe tratamentul specific după ce a primit 9 Bi. și 23 cc. Solusalvarsan și se administrează zilnic câte o injecție cu Reticulină, subcutan.

1—III— după 7 injecții cu Reticulină leziunile cutanate aproape complet regresate, persistă însă un prurit foarte intens.

8—III— bolnava prezintă o inflamație difuză îndeosebi a feței și a gambelor cu un edem foarte pronunțat. Se aplică comprese cu Rivanol 1%.

10—III— edemul și inflamația mai accentuată și mai extinsă.

12—III— edemul și inflamația interesează întreg corpul. Bolnava are frisoane și temperatură până la 40°. Reticulina se administrează intravenos.

17—III— edemul și inflamația mai redusă. Temperatură 37,2°.

18—III— temperatura normală. Se face un pansament cu pastă de zinc.

24—III— fața prezintă iar o inflamație și un edem mai accentuat îndeosebi pe pleoape. Pe corp pielea inflamată, infiltrată. Pe cap descvamație furfuracee. Bolnava atribue inflamația vaselinei boricată sub care nu s'a simțit bine. Se aplică o mixtură oleoasă simplă și pudră de talc.

25—III— se pansează cu pastă Rivanol 1%. T. 39,3°.

31—III— temperatura se menține oscilând între 37,2° și 39°.

Edemul și inflamația mai redusă, bolnava acuză o tensiune supărătoare a pielii și o atribue pastei de Rivanol, așa că înlocuim pansamentele cu pastă de zinc.

7—IV— inflamația complet redusă, edemul persistă îndeosebi pe gambe. În urină albumină 4‰.

11—IV— edemul pe gambe se menține.

14—IV— pielea cu aspect normal, gambele edemate.

16—IV— bolnava urinează puțin, e agitată și acuză dureri mari de cap.

18—IV— bolnava nu urinează spontan, se sondează și se evacuează urină gelatinoasă.

26—IV— sucombă cu fenomene de uremie. A primit în total 24 injecții cu Reticulină.

În trei cazuri la care simptomele cutanate nu erau atât de alarmante, unde lipsa îndeosebi madidația, am renunțat la orice tratament local, administrând numai Reticulină. Rezultatele terapeutice au fost prompte și de aceea vom comunica pe scurt 2 din ele.

1. — P. E., 18 ani, casnică, Brașov.

În 14—VII— se prezintă cu diagnosticul: *Sif. II. Papule ipertrofice genitale, perigenitale și perianale.*

Suportă bine tratamentul specific cu Hg. Cy. și Neosalvarsan. La 4 săptămâni de la începutul tratamentului, după ce a primit 3,90 gr. Neo și 0,10 Hg. Cy., se prezintă un exantem morbiliform, localizat îndeosebi pe abdomen, flancuri, piept, spate și coapse.

Se întrerupe imediat tratamentul și se internează în spital în 12—VIII—.

A doua zi fața edemațiată, roșie, lividă. Brațele și îndeosebi antebrățele și mâinile tumefiate, edemațiate, de culoare roșie vie, tot așa și coapsele, gambele și picioarele. Pe restul corpului se prezintă papule de diferite mărimi, de culoare roșie vie. Subiectiv acuză prurit intens și o tensiune chinuitoare a pielii.

Am renunțat la orice tratament local, administrând numai injecții zilnice cu Reticulină, subcutan.

După primele injecții cu Reticulină dispare pruritul și senzația neplăcută a tensiunii, iar după 12 injecții părăsește spitalul vindecată, urmând mai departe tratamentul specific cu Bismut, care a fost perfect tolerat.

2. — P. A., 38 ani, soldat sovietic.

În 12—IX— a. c. vine în tratament cu: *Sif. I. Sifilom erosiv în șanțul balano-prepușian și pe dosul corpului penisului.*

La examenul ultra-microscopic: treponemi prezenți.

R. W și M. negative, repetate de 4 ori în decursul tratamentului au rămas negative.

După a cincea injecție cu Neosalvarsan 0,60 (5 Bi. + 2,65 Neo) revine după 2 zile, acuzând dureri de cap, stare generală proastă, febră, inapetență, iar după alte 24 ore se prezintă cu un exantem morbiliform localizat îndeosebi pe abdomen, flancuri, spate și coapse, pielea fiind de culoare roșie lividă, edemațiată, diseminat se prezintă și papule de diferite mărimi.

Subiectiv acuză un prurit intens și dureri mari de cap.

În 24—IX— începe tratamentul cu Reticulină, zilnic câte o injecție, subcutan.

După 3 injecții starea generală mult mai bună. Cefaleea dispărută, pruritul și edemul mai redus. După 5 injecții cu Reticulină pielea prezintă un aspect normal.

Primește total 8 injecții cu Reticulină, în care timp îi continuăm tratamentul specific cu Bismut.

În 2—X— i-am administrat la o oră după injecție cu Reticulină, 0,15 Neosalvarsan care a fost bine tolerat.

Regretăm că nu am putut observa mai departe bolnavul, serviciul îl chema în altă localitate, așa că i-am dat îndrumările necesare pentru continuarea tratamentului.

În toate cazurile de Toxicodermie postsalvarsanică Reticulina ne-a dat rezultate excelente, chiar în cazurile care au sucombat, leziunile cutanate au regresat, moartea fiind cauzată în primul caz la o bolnavă slăbită emaciată, de o septicemie, în al doilea caz de o uremie.

Cazurile de Toxicodermie postsalvarsanică care până acum cereau o spitalizare îndelungată, reacțiunează prompt la Reticulină și putem afirma că timpul de spitalizare l-am redus aproape la o treime, Reticulina acționând foarte bine îndeosebi asupra edemului și al pruritului, așa încât septicemiile secundare atât de temute și adeseori fatale, au putut fi evitate.

III. — TOXICODERMII ALIMENTARE

Au fost tratate două femei care au fost vindecate după 6 respective 10 injecții de Reticulină.

IV. — URTICARIE

Au fost tratate 19 cazuri, 7 bărbați și 12 femei, au fost vindecate 14, ameliorate 3, neinfluențate 2.

Unii din bolnavii tratați sufereau de urticarie de ani de zile și au încercat toate medicamente și curele obișnuite în urticarie, fără să simtă vreo ameliorare.

În unele cazuri ameliorarea se producea după 3—4—5 injecții.

1. — Unul din cazurile care n'a reacționat la tratamentul cu Reticulină, o femeie de 35 ani, nu respectă nici un regim, își vopsește părul, și la insistențele noastre de a renunța la aceasta, nu se poate decide.

2. — P. M., 31 ani, casnică, Brașov. Internată în spital în 16—VII— a. c., cu diagnosticul: *Piodermie generalizată*.

Anteced. ered. și colat.: fără importanță.

Anteced. personale: înainte cu trei luni febră tifoidă.

Referitor la boala actuală ne spune că s'au produs leziuni pruriginoase — parcă ar fi fost urzică — pe întreg corpul după înțepături de ploșnițe. Starea aceasta a durat mai bine de 2 ani și în urma gratajului s'au produs infecții secundare, pentru care s'a hotărât să intre în spital.

La examen s'a constatat pe lângă leziunile piodermice, plăci urticale de diferite mărimi diseminate pe toată suprafața corpului.

Începem imediat tratamentul cu Reticulină, administrând zilnic câte o injecție subcutan. Deja după a doua injecție bolnava se simte mult mai bine. Pruritul mai redus, leziunile în regresie.

În 20—VII— după 4 injecții leziunile regresate, pruritul complet redus. Continuă injecțiile cu Reticulină primind până la ieșirea din spital 11 injecții.

A plecat vindecată și de atunci n'a mai prezentat nici o leziune nouă.

V. — PRURIGO

În trei cazuri am obținut vindecări, după ce cu toate mijloacele întrebunțate până acum n'am obținut nici un rezultat.

Redăm aici o foaie de observație:

1. — P. I., 7 ani, din Brașov, jud. Brașov.

Trimis la spital în 11—XI—1944 cu diagnosticul: *Eczemă cronică generalizată, impetiginizată*.

Bolnavul îl cunoaștem dela etatea de 1 an, fiind în repetate rânduri în tratamentul și observația noastră cu strophulus, prurigo și ecematizații secundare.

În ziua internării în spital, prezenta un aspect impresionant. Cu excepția pliurilor articulațiilor, a palmelor și tălpilor, care sunt respectate, aproape că nu prezintă un teritoriu de piele intact.

Diagnosticul nostru este: *Prurigo Hebrae și ecematizații secundare*.

Se începe tratamentul cu băi sulfuroase, pansamente cu pastă resorcină și sulf, injecții cu vitamina C și mai târziu cu vitamina A.

Comprese cu acid boric, borax, acid tanic, Burow, etc. Injecții cu cacodilat de sodiu și calciu, însăfârșit s'a încercat la acest bolnav tot ce numai s'a putut, fără a obține decât ameliorări trecătoare, de scurtă durată, pruritul persistând și leziunile menținându-se madidante, recalcitrante față de orice tratament local și general. Însfârșit primind o cantitate de Reticulină, am încercat-o și spre mulțumirea noastră deja după a 5-a injecție pruritul se reduce, madidația încetează, infiltrația pielii mai redusă și toate leziunile în plină regresie.

În 15—III— după 25 injecții cu Reticulină infiltrația pielii complet redusă, leziunile aproape complet regresate, rămânând numai ici-colea mici papule scvamoase, crustoase. Se aplică total 30 injecții cu Reticulină și-l mai ținem în spital două luni, care timp starea lui s'a ameliora foarte mult, n'a mai prezentat decât un placard exematos în regiunea occipitală.

Tratat și vindecat cu pastă naftalan 10%.

Adenitele crurale complet regresate.

Pleacă din spital vindecat și de o jumătate de an nu mai prezintă leziuni noi.

2. — O femeie de 40 ani, cu un prurigo din copilărie, se vindecă după 20 de injecții de Reticulină.

Revăzută din când în când, nu mai prezintă recidive, mai bine de 2 ani.

3. — O fetiță de 5 ani, vindecată după 12 injecții de Reticulină, și de doi ani și jumătate, nu mai prezintă leziuni noi, fără să respecte vreun regim alimentar.

VI. — DERMATITĂ GENERALIZATĂ PRURIGINOSĂ

Tratate 10 cazuri: 4 bărbați și 6 femei.

Vindecate 7 cazuri, ameliorat 1, neinfluențate 2.

1. — P. P., 77 ani, pensionar, Brașov.

Se prezintă la noi cu o *dermatită eritemato-papuloasă generalizată*, spunându-ne că de mai multe luni suferă de o mâncărime chinuitoare, care-l supără îndeosebi noaptea, așa că nu poate dormi.

A întrebunțat diferite medicamente, a făcut de două ori tratament antiscabios care i-a agravat starea.

Spirturi antipruriginoase, mixturi oleoase antipruriginoase și pudrele provocau ameliorări foarte reduse.

În 7—XII— se începe tratamentul cu Reticulină, administrându-se la 2 zile câte o injecție subcutanată.

După a treia injecție se simte mai bine, iar după 9 injecții toate simptomele subiective și obiective complet reduse.

De aproape un an nu mai prezintă nimic.

2. — B. I., de 33 ani, funcționar, Brașov.

Se prezintă în 10—X— 1943, la ambulanța noastră, plângându-se că de 8 luni suferă de un prurit chinuitor care îndeosebi în ultimele luni se accentuează tot mai mult, așa că-l duce la disperare.

Nu știe cărui motiv se atribuie acest prurit.

A fost totdeauna sănătos și pruritul s'a prezentat din senin.

La început pielea nu prezenta nimic deosebit, mai târziu s'a inflamă și îngroșat, dar faptul acesta îl atribuie gratajului.

La examinare observăm înainte de toate că unghiile sunt tocite, îngroșate și fără luciu.

Pe piele, îndeosebi pe abdomen, flancuri, spate, brațe și coapse se prezintă un eritem discret, difuz și papule poligonale plate, până la mărimea unui bob de mei, cu o descuamație furfuracee, fără nici un luciu.

Pielea uscată, aspră.

Toate tratamentele întreprinse — s'a prezentat cu un pachet de rețete — n'au niciun rezultat.

Am început imediat tratamentul cu Reticulină, administrându-i câte-o injecție subcutanată la două zile. — Ca tratament local i-am prescris un spirt salicilat și comprese cu borax.

După injecția a doua remarcă o ușoară diminuare a pruritului, îndeosebi în părțile distale ale extremităților, diminuare care progresează dela periferie spre centru.

După 6 injecții leziunile cutanate complet regresate, observând totdeauna că unghiile încep să crească și nu mai sunt atât de tocite.

După 10 injecții pruritul localizat numai pe abdomen, în jurul ombilicului, pe un teritoriu cât 2 palme de adult.

După 12 injecții pruritul complet dispărut.

Bolnavul ne relatează că pruritul a dispărut treptat, așa cum s'a întins la început dela abdomen spre restul corpului.

Observat și controlat mai bine de 2 ani, nu mai prezintă nici un simptom.

În cazurile neinfluențate e vorba de 2 femei, una de 50 și de 30 ani, mamă și fiică, care cu toate că le-am administrat câte 24—40 injecții cu Reticulină, și prezentau o ameliorare pasageră, pruritul se menținea și din când în când se prezentau și pușeuri de urticarie, îndeosebi după lapte și ouă.

Din cauza înprejurărilor nu le-am putut face titrul hormonal.

VII. — PRURIT GENERALIZAT CU DERMOGRAFISM

Tratate 2 femei. Una vindecată, cealaltă neinfluențată.

1. — H. E., 45 ani, casnică, Brașov.

Pacienta se prezintă la 20—VIII a. c. și ne comunică că înainte cu câteva zile făcând sirop de smeură și storcând fructele, s'a trezit după 24 ore cu un prurit intens care a început pe palme, întinzându-se în decurs de 24 ore pe tot corpul. — Pruritul îndeosebi intens pe pleoape.

Scărpinându-se, pielea se tumefiază și edemațiază ca un cârnăcior.

După 4 injecții de Reticulină toate fenomenele dispar.

Pruritul dispare pe pleoape și progresiv dispare până la palme.

2. — R. M., 39 ani, casnică, Brașov.

Înainte cu un an și ceva avut leziuni pruriginoase pe corp, pentru care a făcut un tratament antiscabios cu Vlemingx.

Leziunile au dispărut, a rămas însă un prurit chinuitor și dermografism accentuat.

Incepe în 8—VIII— un tratament cu Reticulină, administrându-se tot la 2 zile câte-o injecție subcutanată.

Până la a cincea injecție nu observă nici o ameliorare.

După a șasea injecție pruritul ceva mai redus.

După a opta injecție pruritul mult redus și dermografismul mai puțin pronunțat.

După 10 injecții pruritul complet redus, dermografismul însă persistă.

Primește total 12 injecții.

La 8 zile după terminarea injecțiilor se prezintă cu un icter foarte pronunțat, cu prurit și dermografism redus.

Se îndrumă la serviciul medical.

VIII. — PRURIT IDIOPATIC GENERALIZAT

Au fost tratate 11 cazuri, 2 bărbați și 9 femei. Vindecate 9, ameliorat 1 și neinfluențat 1.

Aici rezultatele terapeutice au fost înpresionante, reușind să readucem la normal bolnavi care sufereau de ani de zile, erau slăbiți, neurastenizați și ajunși la disperare.

Redăm câteva observații:

1. — P. I., 61 ani, pensionar, Brașov.

Se prezintă în 11—IV— a. c. la noi și se plânge că de mai multe luni suferă de un prurit chinuitor, mai accentuat noaptea.

În urma gratajului se prezintă leziuni secundare, pentru care i s'a prescris un tratament antiscabios, care i-a agravat starea și mai mult.

În 14—IV— se începe tratamentul cu Reticulină.

După 4 injecții se produce o ameliorare, iar după 12 injecții pruritul complet dispărut.

Observat până în prezent n'a mai prezentat nici un simptom.

2. — G. M., 40 ani, casnică, Brașov.

În 20—VII— a. c. se prezintă la spital, spunându-ne că mai bine de un an are un prurit chinuitor, mai accentuat noaptea, bolnava slăbește, e nervoasă și nu-și poate vedea de gospodărie.

A fost la mulți medici și a făcut sute de injecții și

uncțiuni cu diferite alifii, fără să-i producă vreo ameliorare.

Deoarece înainte cu 3 ani i s'a făcut o isterectomie totală, i s'au făcut și injecții cu hormoni ovarieni, fără nici un rezultat.

Bolnava se prezintă la noi slăbită, obosită și disperată.

Pe față prezintă o pigmentație cenușie-murdară, pe corp afară de mici excoriațiuni, nimic de remarcă.

Se încep injecțiile cu Reticulină, care se administrează subcutan din două în două zile.

După 4 injecții bolnava ne spune că pruritul e mai redus și poate dormi noaptea.

După 6 injecții pruritul aproape complet redus, bolnava e bine dispusă, are poftă de mâncare și-și poate vedea de gospodărie.

După 11 injecții pruritul complet redus, pigmentația feții începe să dispară.

Primește total 12 injecții de Reticulină.

Observată până în prezent nu mai prezintă nici un simptom.

3. — S. S., 30 ani, asistentă socială, Brașov.

Având în vedere că pacienta aceasta s'a observat foarte minuțios, redăm observațiile scrise de dânsa:

„Mama mea a murit în vârstă de 41 ani de Basedov. Tatăl meu a avut în 1916 în timpul războiului 2 crize de migrenă.

În copilărie am avut la un an difterie și scabie. La 6 ani icter grav, la 9 ani tuse convulsivă, scarlatină și varicelă. La 10 ani pojar. La 11 ani anghină cu flegmon submaxilar stâng.

La 12 ani prima menstruație, normală și la termen.

La 20 ani apendicită, operată. În copilărie suferiam de constipație urmată de diaree. După operație, timp de 4 ani, scaunul a fost normal.

Plecând pentru studii la București am început să sufăr iarăși de constipație, având scaun la 6—8—10 zile, și numai după clisme repetate, de obicei Dumineca când aveam timp.

Pruritul la mine a început în Ianuarie 1937 când am lucrat la Clinica de Dermato-sifilografie, în spitalul Colțea. Făcând anchete la secția de bărbați și văzând bărbați plini de eczeme a început să mă mănânce la încheieturile mâinilor.

Pruritul a rămas localizat la încheieturile mâinilor până în 1938.

Starea aceasta s'a agravat în timpul verii, toamnei și iernii 1938, exceptând o lună pe care am petrecut-o la mare, în care timp n'am avut mâncărimi de loc. Dacă mă atingeau un ziar, o hârtie sau orice lucru ascuțit, pielea se umfla și mă mânca îngrozitor. Întorcându-mă de la mare starea mea s'a agravat tot mai mult și scărpinându-mă s'au făcut bubite în jurul articulației mâinilor, pe fața flexorică a antebrațelor, în pliurile cubitale, pe umeri, pe gât, pe cap, și îndeosebi pe burtă.

În timpul acesta m'am prezentat la București unui medic care mi-a spus că am răie. — Am făcut tratament 3 zile cu Mitigal care însă nu mi-a ajutat. În 1938 în urma unui accident de mașină am avut o fisură la vertebra a 4-a cervicală; pentru care am stat în extenzie 9 săptămâni și într'un corset gipsat 2 luni. În tot timpul acesta am făcut zilnic injecții cu calciu Sandoz, iar intern

am luat tot timpul câte 2 pilule de Rubrofen pe zi. Asupra pruritului acest tratament n'a avut nici un efect.

Din 1938 până în 1941 starea mea s'a agravat tot mai mult, făcând placarde roșii, umflate, de diferite mărimi, acoperite cu bășici pline cu o serozitate tulbure, iar când am fost mutată la Brașov eram plină cu bășici cu puroiu. În timpul acesta din cauza stării nervoase și a lucrului mult fumam câte 20—30 țigări pe zi. Am ajuns într'un hal pe care nu-l pot descrie, eram imposibilă în societate, deoarece mă scărpinam încontinuu, parcă eram plină de păduchi.

În 1941 m'am prezentat în luna Aprilie la Dl Dr. Colbazi care mi-a prescris un regim sever, începând cu suc de portocale, în care timp am stat în pat, iar 2 luni cartofi cu unt și foarte rar alt zarzavat. Ca tratament medicamentos am primit un spirt anti-pruriginos, care însă îmi ajuta numai atâta timp cât îl aplicam. Am primit injecții cu Eczebrol, Euphoryl, Torantil injecții și pastile, autosânge și injecții cu lapte în doze crescând. În timpul acesta am făcut două abcese în axila dreaptă, care au fost incizate și pansate, pe ceafă s'au făcut câțiva furunculi care au regresat după tratament cu lampa Solux.

În timpul acesta am renunțat la fumat și luam zilnic purgativ.

După 2 luni bubele au trecut, mâncărimea însă a persistat și era mai accentuată îndeosebi când eram nervoasă.

Această stare a durat până în 1942 când în luna Februarie au apărut iarăși eczeme, însă mai reduse. Am ținut regim sever, luam purgative și am primit 12 injecții cu Eczebrol.

În Septembrie 1942 m'am căsătorit, fapt care n'a avut nici un efect asupra pruritului.

În timpul sarcinei din Februarie până în Noiembrie 1943, starea mea s'a agravat mult, având iarăși eczeme cu bube cu puroiu, care acum s'au întins și pe sân, îndeosebi în jurul mamelor. Acesta a fost timpul cel mai greu în toată durata bolii mele.

Pruritul era constant ziua și noaptea, mai accentuat la căldură și când făceam plaje.

La 10 minute după orice mâncare începea mâncărimea care era îngrozitoare și dura aproximativ o oră. Mă apuca o criză de plâns și de oboseală adormeam, pentru ca după proxima masă să reînceapă același chin. În timpul sarcinei mamoșul mi-a prescris Luminalete și injecții cu ceva preparat de calciu și local spirt, fără să-mi ajute.

După ce am născut, mâncărimea a încetat spontan și eczemele au dispărut. Starea aceasta a durat 3 luni.

În Ianuarie 1944 au început iarăși mâncărimea cu aceeași intensitate ca înainte și atunci Dl Dr. Colbazi mi-a dat Reticulină pe care D-sa mi-a recomandat-o și în decursul sarcinei, dar eu am refuzat.

Am primit 12 injecții cu Reticulină subcutan, la 2 zile câte una. După a zecea injecție s'a produs o ameliorare a pruritului și la o săptămână după ultima injecție a dispărut pruritul de tot și de atunci m'am simțit perfect de bine cu toate stările nervoase prin care am trecut, din cauza bombardamentelor și a altor evenimente.

În Ianuarie 1945 pruritul a reapărut spontan, în urma unui puternic șoc sufletească și atunci am cerut imediat Reticulină și după a treia injecție pruritul a dispă-

rut complet, dar eu totuș am făcut 12 injecții și de atunci nu s'a mai prezentat nimic.

Atribui dispariția pruritului și a simptomelor îngrozitoare numai tratamentului cu Reticulină, deoarece toate celelalte tratamente nu mi-au ajutat nimic. Reticulină m'a salvat pe mine dintr'o stare îngrozitoare și m'a făcut iarăș om cu putere și voie bună.

Credem că orice comentariu e de prisos.

IX. — DIATEZĂ EXUDATIVĂ

Cazuri tratate 2, unul vindecat, unul ameliorat.

1. — S. M., 1 an, Zărnești.

Intră în spital în 8—I—1943, cu diagnosticul: *Diateză exudativă. — Eczemă cronică diseminată.*

Anteced. ered. și colat.: Mama a avut înainte cu 5 ani o intoxicație alimentară gravă și de atunci face din când în când puseuri de urticarie, îndeosebi după ouă.

O mătușă — soră a mamei — suferă de astm și ficat.

Bunicul din partea tatei a murit de astm.

La tratamentele locale obișnuite nu reacționează.

În 9—II—începe tratamentul cu Reticulină și după 12 injecții, aplicate subcutanat din două în două zile, pleacă mult ameliorat.

2. — D. I., 1 an, Brașov.

Copilul e adus în spital în 9—III—1945 cu diagnosticul: *Diateză exudativă.*

În anteced. ered. și colat.: nimic important.

Referitor la boala prezentată mama copilului ne spune că la câteva săptămâni după naștere s'au prezentat diseminat pe corp, dar îndeosebi pe față, pete roșii foarte pruriginoase, care repede au început să zămuiască.

Orice tratament local întreprins n'a produs nici o ameliorare, din contră.

La intrarea în spital, copilul prezintă un tablou impresionant.

Pe pielea ademațiată a capului și feței un placard difuz, de culoare roșie vie, madidant și sanghinolent.

Pe brațe și antebrate placarde de diferite mărimi, până la aceea a unei palme de copil, edemațiate, madidante.

Copilul suferă și întrebuințează orice șiretlic pentru a se scărpinga până la sânge. Indată ce are mâinile libere se scărpină cu furie, iar legându-i mâinile se freacă cu capul și fața fie de pieptul mamei, fie de așternut, așa că trebuie încontinuu supravegheat.

Se începe tratamentul și se încearcă diferite compresii și paste, dar nu reacționează la nimic.

În 12—III—se începe tratamentul cu Reticulină, administrându-se din două în două zile câte o injecție subcutanată.

După 5 injecții cu Reticulină, pruritul mai redus, somnul copilului mai liniștit, madidația redusă complet, așa că trece la un pansament cu o pastă de naftalan 100% și după 12 injecții cu Reticulină pleacă vindecat, în 13—IV.

De atunci l-am revăzut în repetate rânduri, din când în când se prezintă mici plăcuțe eczematoase care regresează repede sub tratament local.

X. — DERMATITĂ GENERALIZATĂ PRURIGINOASĂ, CU ÎNCEPUT DE ERITRODERMIE

Un caz, vindecat.

1. — M. A., 68 ani, casnică, Brașov.

Se prezintă la consultațiile noastre în 10 Septembrie 1943, plângându-se de un prurit chinuitor, care a slăbit-o, ia răpit somnul și o duce la disperare.

Dg.: *Dermatită generalizată pruriginoasă, cu început de eritrodermie.*

În antecedentă nimic de remarcat.

Referitor la boala prezentă, bolnava ne spune că pruritul s'a prezentat spontan, fără să poată preciza cauza. Respectă un regim sobru lacto-vegetarian.

Pruritul a început pe trunchi și s'a întins repede pe toată suprafața corpului.

La examenul obiectiv: bolnava slăbită, cu țesutul celulo-adipos slab dezvoltat.

Pielea de culoare roșie-lividă, ușor infiltrată, mai ales în pliurile articulațiilor.

Pe pielea păroasă a capului și în jurul pleoapelor se prezintă o descuamație furfuracee și o descuamație mai pronunțată pe restul corpului.

Examenul de laborator nu prezintă nimic deosebit afară de o eosinofilie 6%.

10—IX—se începe tratamentul cu Reticulină, administrându-se din 2 în 2 zile câte o injecție subcutanată.

Ca tratament local se administrează comprese cu borax, iar peste noapte o mixtură oleoasă simplă.

După 4 injecții — foarte fericită și mulțumită — ne declară că observă o ameliorare a pruritului, iar după 12 injecții, complet vindecată. Nu mai are mâncărimi, doarme liniștit, pielea se prezintă cu aspect normal.

De atunci a mai fost revăzută în repetate rânduri și n'a mai prezentat nimic deosebit.

XI. — INTOLERANȚĂ FAȚĂ DE NEOSALVARSAN

Tratate 3 cazuri, 1 bărbat și 2 femei.

Fenomenele care le-au prezentat după injecțiile de neosalvarsan au fost grețuri, vomisme și urticarii.

Reticulina am administrat-o subcutan, o oră înainte de neosalvarsanului și în toate cazurile am putut continua tratamentul cu neosalvarsan fără nici un accident și fără nici-o reacție.

XII. — ECZEMĂ ACUTĂ

Tratate 6 cazuri, 4 bărbați și 2 femei.

Vindecate 2, ameliorate 3, neinfluențate 1.

Cazul nevindecat nu prezintă nici o ameliorare după 12 injecții cu Reticulină și pleacă la un spital din București.

Trebuie să menționăm că la cazurile de eczemă pe lângă tratamentul cu Reticulină, am aplicat și tratamentul local obișnuit, totuș trebuie să remarcăm că impresia noastră este, că evoluția bolii a fost favorabil influențată de injecțiile cu Reticulină.

XIII. — ECZEMĂ SUBACUTĂ

Tratat 1 caz, un bărbat, ameliorat.

1. — E. M., 31 ani, funcționar particular, Brașov.

Internat în spital în ziua de 15—II—1945 cu diagnosticul: *Eczemă subacută dishidrosiformă pe mâini și picioare.*

După 2 zile de spitalizare face puseuri acute papulo-veziculoase diseminate pe toată suprafața corpului.

După 13 injecții cu Reticulină și tratament local cu pastă rivanol, comprese rivanol și pastă de zinc, pleacă ameliorat, după 18 zile de tratament.

XIV. ECZEMĂ CRONICĂ

Tratat 7 cazuri, 3 bărbați și 4 femei.

Vindecate 1, ameliorate 5, neinfluențate 1.

1. — F. T., 60 ani avocat, București.

Intră în spital în 25—I— a. c., cu diagnosticul: *Eczemă cronică impetiginizată în plăci.*

Anteced. ered., colat. și pers., fără importanță.

Referitor la boala prezentă ne comunică ca înainte cu trei luni și jumătate observă pe piept și ambele brațe niște leziuni papuloase, care îndeosebi seara și noaptea îi provoacă mâncărimi mari. Aceste leziuni au tendința să se extindă și consultând un medic îi prescrie un tratament antiscabios și după ce acesta nu dă nici un rezultat îi face tratament cu lampa Solux și injecții cu Arsotonin. Continuă apoi tratamentul cu raze ultraviolete, injecții cu calciu, glucoză, calciu bromat și arsen, fără nici o ameliorare, așa că în 25—I — vine la spitalul nostru.

Starea prezentă: pe piept, flancuri, spate și brațe se prezintă placarde până la mărimea unei palme de adult, de culoare roșie-vie, acoperite cu papule, vezicule și pustule până la mărimea unui bob de linte, și cruste secundare.

Diseminat pe antebrate, regiunea lombo-sacrală și pe coapse se prezintă leziuni izolate eritemato-papuloase.

Subiectiv acuză mâncărime mare, mai accentuată seara și noaptea.

Ca tratament local i-am aplicat comprese cu acid boric, după care se simte mai ușor.

I se fac injecții cu Eczebrol, vitamina C., autosânge și cantități mai mari de ser fiziologic.

Local se pansează cu pastă răcoritoare.

În 6—II— se începe tratamentul cu Reticulină, administrându-se zilnic câte o injecție subcutană. A primit 18 injecții cu Reticulină.

Placardele mari regresează complet, totuși bolnavul acuză mâncărime, localizată pe teritorii mai reduse, în diferite regiuni ale corpului, îndeosebi pe flancuri și spate, urmată după câteva ore de erupții noi eritemato-papuloase.

După seria de Reticulină primește 6 injecții cu Tes-togan.

În 23—III— începe o nouă serie de Reticulină, primind 15 injecții. Injecțiile s-au administrat intravenos.

Teritoriile pruriginoase sunt tot mai reduse, totuși mai apar din când în când, urmate de leziuni papuloase discrete, astfel că în 11—IV— se începe și o serie de scarificație cu Paspăt.

În 24—IV— pleacă din spital și până în 29—V— i se fac 6 scarificații cu Paspăt.

Bolnavul revăzut prezintă din când în când — la cea mai mică abatere de regim — prurit localizat în diferite regiuni și leziuni papuloase discrete.

2. — S. T., 15 ani, elevă, Brașov.

Intră în spital în 16—V— a. c., cu diagnosticul: *eczemă cronică impetiginizată pe ambele mâini.*

Anteced. ered., colat. și pers.: fără importanță.

Referitor la boala prezentă bolnava ne spune că înainte cu 2 luni i-au apărut leziuni pruriginoase pe mâini, pentru care medicul i-a prescris diferite comprese și alifii, fără să se producă vreo ameliorare așa că se hotărăște să intre în spital.

Obiectiv bolnava prezintă o tumefiere a degetelor și a dosului mâinilor, cu inflamație și edem, cu zone mici lipsite de epiderm, de culoare roșie-vie madidante, la periferie se prezintă leziuni papulo-veziculo-pustuloase. — Subiectiv bolnava acuză usturimi și dureri mari.

Ca tratament local am administrat comprese cu rivanol, pastă cu rivanol și compresă, fără nici un efect. — Inflamația și edemul sunt mai accentuate și au tendința de a se întinde spre antebrate. Se încearcă comprese cu borax, acid boric, kal. hypermangan, resorcină, argint nitric, acid tanic, burow, cu un cuvânt tot ce aveam la dispoziție, fără să le suporte, așa că inflamația se întinde până deasupra coatelor, apărând vezicule, pustule și flic-tene.

În 2—VI— se începe tratamentul cu Reticulină. Deja după a doua injecție, edemul și inflamația încep să regreseze, suportă compresele cu borax și burow, iar după alte două injecții suportă pasamentul cu pastă răcoritoare, bine suportat până la complecta vindecare, după 12 injecții cu Reticulină.

3. — I. M., 35 ani, casnică, Satulung.

Se prezintă ambulatoric în ziua de 11—III—1944, cu diagnosticul: *Eczemă cronică pe mâini și eczematide diseminate pruriginoase.*

I se dau 12 fiole de Reticulină pe care le urmează acasă.

Prezentându-se după trei săptămâni la control, starea este neschimbată, pruritul persistă, așa că se trece la tratament local.

XV. — ECZEMĂ PROFESIONALĂ PE MÂINI

Tratat 1 caz, 1 bărbat, vindecat.

1. — K. K., 20 ani, brutar, Turcheș.

Bolnavul lucrează de 3 ani la o brutărie.

Înainte cu aproape 2 ani se prezintă pe mâini și e tratat în repetate rânduri la dispensarul Asigurărilor Sociale.

În prezent leziunile au apărut înainte cu aproximativ 10 zile, și cu tot tratamentul local urmat la Asigurări starea lui se agravează tot mai mult, așa că se hotărăște să intre în spital.

Starea prezentă: pe degete, în pliurile inter-digitale și pe dosul mâinilor, pielea roșie infiltrată, acoperită cu leziuni papuloase, veziculoase, pustuloase, crustoase și mici teritorii madidante.

Se încep injecțiile cu Reticulină în 21—III—1945, administrându-se zilnic subcutanat. Local se aplică comprese cu borax, badijonări cu soluție de nitrat 20/0, și

pansament cu pastă resorcină $1/20/0$, și sulf precipitat $2-1/20/0$.

După 5 injecții, inflamația regresată, leziunile în plină regresie și la 1—IV— pleacă ameliorat, urmând restul de injecții până la 12 la Asigurările Sociale.

XVI. — BOALA LUI BUERGER

Tratat 1 caz, bărbat, neinfluențat.

1. — P. P., 33 ani, mecanic, Codlea.

Anteced. ered., și colat.: fără importanță.

Anteced. pers.: neagă maladii infecto-contagioase.

La etatea de 12 ani o pleuresie purulentă pentru care a stat 7 săptămâni în spital. — N'a făcut abuz de nicotină și alcool.

Referitor la boala prezentă ne spune că aproximativ înainte cu 10 luni, a simțit o oboseală în mușchii extremității drepte inferioare, așa că trebuia să se oprească, să se odihnească câteva clipe. Aproximativ după 4 luni a început să-l ardă talpa dreaptă, iar după altă lună, talpa a început să prezinte crăpături, care în deosebi noaptea îl dureau. În același timp piciorul drept a început să se învinețească și îl simțea rece până la genunchi. — Înainte cu o lună i s'a făcut simpatectomia abdominală fără să-i producă vreo ameliorare. În același timp se produce o ulceratie pe halucele drept aproape de marginea unghiei.

În 4—VIII— a. c., intră în serviciul nostru.

Starea prezentă: piciorul drept prezintă o tumefacție apreciabilă cu o colorație lividă în deosebi a degetelor, care pierde din intensitate spre dosul piciorului. — Pielea se simte rece-umedă.

Subiectiv acuză dureri în deosebi la halucele drept, în locul ulceratiei și arsuri pe talpă, în deosebi noaptea, care se calman dacă lăsa piciorul să atârne din pat.

În 4—VIII— se încep injecțiile cu Reticulină și se administrează zilnic 2 fiole — dimineața și seara — subcutanat.

După 15 injecții bolnavul observă că arsurile s'au mai redus, până acum avea câte 3—4 crize pe zi, iar acum abea la 12 zile câte una, și mai reduse.

După 30 de injecții arsurile s'au diminuat mult, și nu mai are senzația de oboseală.

Local, asupra cianozei, a tumefacției și asupra leziunii ulcerate nu se observă nici un efect.

În 25—VIII— se începe tratamentul cu Padutin și foliculină, care până în prezent n'au dat nici un rezultat local.

Ameliorarea subiectivă se menține.

XVII. — PEMFIGUS VULGAR

Tratat 1 caz, o femeie, neinfluențat.

1. — B. A., 48 ani, casnică, din Plosul de Jos, Jud. Ciuc.

Intră în spital în 25—V— a. c., cu diagnosticul: *Pemfigus vulgar*.

În anteced. ered., colat. și pers.: nimic important.

Boala actuală datează de 6—7 luni, a început să slăbească, nu avea poftă de mâncare, apărând după scurt timp leziuni buloase pe corp, și leziuni pe mucoasa gurii.

Starea prezentă: bolnava slăbită emaciată. Difuz pe

toată suprafața corpului leziuni buloase de diferite mărimi, cu peretele flasc, cu un conținut seros-tulbure. Bulele se sparg curând, lăsând o suprafață erodată, roșie-lucie. Semnul lui Nikolsky pozitiv.

Pe mucoasa bucală și pe limbă se prezintă leziuni erodate cu margini alburii.

Bolnava prezintă temperaturi cu caracter septic, $37-39-40^{\circ}$.

În 25 Mai, începem să-i administrăm pastile de Albucid câte 6 pe zi (douăzeci pastile). Acest tratament nu are nici un efect nici asupra leziunilor, nici asupra temperaturii.

În 30—V— se începe tratamentul cu Reticulină și se administrează zilnic câte-o injecție subcutanată. După 3 injecții cu Reticulină, temperatura începe să scadă litic, după a 6-a injecție temperatura normală. Starea generală mult mai bună. Asupra leziunilor cutanate nu observăm nici un efect. Primește în total 20 injecții cu Reticulină.

Starea generală se menține bună.

În 21—VI— începem un tratament cu solusalvarsan, administrându-i tot a doua zi câte 1 cc.

În 29—VI— temperatura se urcă la 40° , precedată de un frison puternic și urmată de apariția multor leziuni buloase pe toată suprafața corpului.

În 6—VII elimină aproximativ 6 m. de tenie.

În 8—VII— pleacă nevinedcată.

Revine în 29—IX— cu același simptom cutanate, generalizate.

XVIII. — TOXICODERMIE GRAVIDICA

Tratat 1 caz, o femeie, vindecată.

1.— M. P., 26 ani, casnică, Brașov.

În 15—VIII— a. c., examinăm la domiciliu o doamnă gravidă în luna 9-a, cu leziuni caracterizate prin inflamație, edem pronunțat, în deosebi pe mâini, antebrate, pe abdomen, pe flancuri și pe extremitățile inferioare, pe restul corpului mai puțin. Pe terenul inflammat, edematizat se prezintă papule și vezicule miliare, caracterizate printr-un prurit foarte intens, așa că bolnava nu se poate odihni, iar mamoșul este îngrijorat, temându-se de infecții din cauza gratajului.

Îi administrăm local comprese cu acid boric și burow și începem injecțiile cu Reticulină pe care le administrează medicul curant zilnic subcutanat.

După primele 3 injecții bolnava se simte mai bine, pruritul este mult mai redus, edemul începe să se reducă și e complet redus după 12 injecții. Leziunile cutanate foarte mult regresate, rămânând numai un eritem difuz și un ușor prurit care însă se calmează după comprese.

După ce a născut o fetiță sănătoasă, atât eritemul cât și pruritul au dispărut complet.

XIX. — MIGRENĂ

Tratat 2 cazuri, 2 femei, 1 vindecat, 1 ameliorat.

1.— M. V., 29 ani, casnică, București.

Antecedent. ered. colat.: Mama a suferit foarte mult de migrenă. Moartă de cancer la 55 ani. Tatăl mort la 60 ani de leucemie.

Anteced. pers.: în copilărie pojar, scarlatină, difterie, parotită epidemică, și tuse convulsivă.

La 16 ani, înainte de prima menstruație primul acces de migrenă cu vărsături, care se repetă aproape de 2 ori pe lună, sigur însă câteva zile înainte de menstruație, și dura cel mult 24 de ore.

Eforturi neobișnuite, petrecerea într'un local neaerisit, în cinematograful, provoca accese de migrenă.

În Aprilie a. c. se întoarce dela o excursie destul de grea în munții Făgărașului și sosind acasă are un acces de migrenă, cu vărsături, cu dureri grozave de cap și de ochi.

Ii administrăm o injecție cu Reticulină intravenos, deja după o oră durerile sunt aproape complet reduse și doamna care la început s'a retras, stând culcată într-o cameră întunecată, cu comprese pe cap, nevoind să vadă pe nimeni, cel mai mic sgomot provocându-i accese, poate lua parte la conversație, cerând chiar, ceva ușor de mâncare.

Urmează o serie de 12 injecții.

În luna a doua după acest atac și după tratamentul cu Reticulină, 2—3 zile înainte de menstruație, are un ușor acces de migrenă, care durează numai o jumătate de oră; de atunci mai bine de 6 luni, n'a mai avut nimic.

2. — C. D., 40 ani, casnică, Brașov.

Anteced. eredit. și colat.: Mama moartă de antrax înainte cu 24 ani. Nu știe să fi suferit vreo dată de migrenă sau urticarie. Tatăl sănătos. Două surori și trei frați sănătoși, 1 mort de meningită epidemică.

Anteced. pers.: nimic important.

De vreo 14 ani suferă de migrenă, care se prezintă regulat înainte de menstruație cu 2—3 zile. Durerile de cap apar brusc, violent, cu greutate și vărsături și durează până la apariția menstruației. Durerile de cap erau asociate de o durere mare a ochilor, având senzația că-i „sar ochii din cap“, așa că se lega strâns cu o cârpă peste ochi. În timpul acesta era foarte nervoasă așa că nu putea dormi fără somnifere.

În August a. c. am început injecțiile cu Reticulină, aplicându-i câte o injecție la 2 zile, subcutanat. După a 5-a—6-a injecție a început să se simtă bine, a început să doarmă bine și mult, fără somnifere, iar proxima menstruație nu a provocat nici cea mai mică durere de cap.

Interesant de remarcat e, că a suferit și de o sciatică stângă care până acum n'a putut fi influențată de medicamente, dar după 12 injecții cu Reticulină s'a ameliorat mult.

La a doua menstruație, în luna Octombrie are iarăși un acces de migrenă, de aceeași intensitate, însă de durată mult mai scurtă.

La o săptămână după acest acces — în 28-X — un nou acces, care după administrarea unei injecții intravenoase cu Reticulină dispăre după o jumătate de oră. Se continuă o serie de 10—12 injecții cu Reticulină.

În 10 cazuri, în care am administrat ser antitetanic, concomitent cu aceasta am dat și Reticulină și am repetat timp de 8 zile — zilnic — aceste injecții.

În nici un caz n'am observat reacțiunile neplăcute, datorite serului, pe care până acum le observam aproape regulat, și aceasta numai datorită Reticulinei.

Observațiile noastre pe 139 cazuri, am căutat să le concretizăm cu toată obiectivitatea, formulând următoarele concluzii:

1. — Reticulina este un preparat atoxic, care se poate păstra nelimitat.

2. — Reticulina se poate administra subcutanat, intramuscular și intravenos, fără să provoace reacții sau fenomene de intoleranță.

3. — Dozarea Reticulinei se face dela caz la caz, acolo unde vrem o acțiune mai rapidă, putem aplica câte 2 injecții pe zi, de obicei însă o administrăm zilnic, sau tot la 2 zile.

4. — Numărul injecțiilor variază dela caz la caz, de obicei o serie conține 10—12 injecții, dar pot fi aplicate și mai multe, fiind perfect tolerate, și în caz de nevoie seria se poate repeta.

5. — Indicația tratamentului cu Reticulină o punem la toate bolile alergice, și îndeosebi la afecțiunile cutanate cu o permeabilitate exagerată a capilarelor, unde predomină fenomenele de inflamație și edem.

Acțiunea Reticulinei asupra edemelor și a inflamației este evidentă.

6. — Rezultatele terapeutice în combustii și în toxidermiile postsalvarsanice sunt excelente și putem afirma că durata spitalizării a acestor cazuri a fost redusă mult prin Reticulină, iar în unele cazuri suntem convinși că am salvat viața bolnavilor.

7. — Rezultatele impresionante obținute în pruritul idiopatic — cu o durată de ani de zile — ne obligă să-l administrăm în toate aceste cazuri.

8. — În strophulus și în prurigo, dermatoze în care până acum rezultatele terapeutice durau aproximativ atât cât dura și tratamentul, am obținut vindecări de lungă durată.

9. — În eczeme, în dermatite pruriginoase și în toate dermatozele în care inflamația și edemul predomină, Reticulina este un adjuvant prețios și adeseori cu efect rapid.

10. — În migrenă efectul Reticulinei este într-adevăr câteodată miraculos, așa că-l vom administra în toate aceste cazuri.

11. — Cu ajutorul Reticulinei am cupat în câteva cazuri cercetate, reacțiile neplăcute după injecțiile cu ser antitetanic.

Având în vedere rezultatele obținute până în prezent, Reticulina constituie azi o medicație curentă în serviciul nostru și mereu ne putem convinge de eficacitatea acestui preparat, sperând că în curând va fi pus la dispoziția medicilor pentru a îmbogăți arsenalul nostru terapeutic.

B I B L I O G R A F I E

1. I. Moldovan: Über das Reticulin M. Zeitschrift für Hygiene u. Infektions Krankheiten. 1931, Bd. 113 H. 1.
2. I. Moldovan: Cuvânt introductiv. Clujul Medical 1 Aprilie 1940.
3. I. Moldovan, O. Comșa și N. Maier: Reticulina M. Me-

- canism de acțiune și indicațiuni terapeutice. Clujul Medical, 1 Aprilie 1940.
4. *I. Hatieganu*: Observații clinice cu Reticulină. Clujul Medical, 1 Aprilie 1940.
5. *I. Goia*: Considerațiuni asupra tratamentului cu Reticulină în astmul bronșial, migrenă și urticarie. Clujul Medical, 1 Aprilie 1940.
6. *I. Minea* și *A. Lakatos*: Despre influența Reticulinei asupra reacțiunii locale și generale a încercărilor noastre seroterapeutice. Clujul Medical, 1 Aprilie 1940.
7. *Al. Pop* și *Z. Papai*: Reticulina în tratamentul endarteritei obliterante. Clujul Medical, 1 Aprilie 1940.
8. *M. Sturza*: Câteva comunicări asupra efectelor Reticulinei în hipertensiuni și stări alergice. Clujul Medical, Aprilie 1940.
9. *G. Buzoianu* și *Șt. Gârbea*: Comentarii asupra acțiunii Reticulinei în domeniul Oto-rino-laringologiei. Clujul Medical, Aprilie 1940.
10. *L. Pop*: Reticulina în tratamentul bolilor cutanate. Clujul Medical, Aprilie 1940.
11. *C. Radu*, *C. Leca* și *D. Milota*: Reticulina în stările alergice a copilăriei. Clujul Medical, Aprilie 1940.
12. *I. Voicu*: Câteva rezultate obținute cu „Reticulina Prof. Dr. I. Moldovan” în oedneclorze, dermatoze gravidice, iperemeză gravidică și hipertensiune arterială. Clujul Medical, Aprilie 1940.
13. *C. Stanca*: Reticulina și întrebuintarea ei în ginecologie și obstetrică. Clujul Medical, Aprilie 1940.

14. *I. Gavrilă*: Reticulina în boala serului. Clujul Medical, Aprilie 1940.

Nr.	B O A L Ă	Nr. cazurilor	Vindecate	Ameliorate	Neinfluențate
1	Combustie	38	32	—	6(+)
2	Toxicodermii postsalvarsanice.	28	26	—	2(+)
3	Toxicodermii alimentare	2	2	—	—
4	Urticarie	19	14	3	2
5	Prurigo	3	3	—	—
6	Dermatită gen. pruriginoasă	10	7	1	2
7	Prurit gen. cu dermografism	2	1	—	1
8	Prurit idiopatic generalizat	11	9	1	1
9	Diateză exudativă	2	1	1	—
10	Dermatită gen. pruriginoasă cu început de eritrodermie	1	1	—	—
11	Intoleranță față de neosalvarsan	3	3	—	—
12	Eczemă acută	6	2	3	1
13	Eczemă cronică	7	1	5	1
14	Eczemă subacută	1	—	1	—
15	Eczemă profesională	1	1	—	—
16	Boala lui Buerger	1	—	—	1
17	Pemfigus vulgar	1	—	—	1
18	Toxicodermie gravidică	1	1	—	—
19	Migrenă	2	1	1	—
Total . . .		139	105	16	18

SPITALUL DE BOLI SOCIALE BRAȘOV
Medic Primar Director: Dr. Emil Colbazi

Sindrom miastenic vindecat spontan în cursul unei sarcini; recidivă imediat după naștere

de

Dr. Dragomir Teofil

și

Dr. Duma Desideriu

Factorului endocrin — între alte ipoteze — i s'a acordat o importanță deosebită în etio-patogenia miasteniei. Au fost pe rând incriminate aproape toate glandele: timus, tiroida, paratiroida, hipofiza și mai ales suprarenala; rar de tot a fost semnalat și rolul sarcinei, al nașterii sau al alăptării în apariția sau agravarea fenomenelor miastenice. În cazul nostru însă, gestațiunea nu numai că nu a influențat defavorabil asupra tuburărilor, ci din contra a produs treptat dispariția completă a tuturor simptomelor, cari însă iarăși și-au făcut apariția pe încetul, începând dela a doua zi după naștere.

Această influență favorabilă a sarcinei, n'am găsit-o relevantă nici într'un caz. în literatura urmărită în *Revue Neurologique* între anii 1922—1940, de aceea socotim interesant să o semnalăm.

E vorba de o femeie de 29 ani, casnică, care acuză turburări paretice în sfera de inervare a nervilor cranieni și ceva mai reduse și în sfera nervilor spinali superiori.

Nici o tară nervoasă în antecedente. Născută la termen, a

avut o dezvoltare bună în copilărie. Neagă orice boală infecto-contagioasă sau venerică (a avut doar oarecari turburări dispeptice, cari au cedat la bicarbonat de sodiu). Menstruată la 13 ani, ciclul menstrual normal, fără nici o turburare. Are 2 copii, sănătoși, născuți la termen. Nu fumează și nu bea alcoolice.

Boala actuală a apărut la vârsta de 26 ani. În Septembrie 1942, face o discretă faringită, fără nici o febră, care după gargară dispare în ziua următoare. După vreo două săptămâni îi apare o senzație de usturime în vârful limbii, destul de genantă, care cedează complet după circa 14 zile, fără nici un tratament. Concomitent remarcă o senzație de oboseală în mușchii peribucali și ai limbei, care apărea numai înspre seară, din care cauză, avea oarecare greutate în vorbire, dar în orele dimineții și înainte de masă nu avea nici o turburare. După aproximativ o lună, la înghițire îi recurgita uneori o parte din lichide pe nas, iar vocea a devenit ușor nasonată. În acest stadiu, i s'a pus diagnosticul de paraliză post difterică a vălului palatin, iar după un tratament cu picături și injecții de strichnină, deși remarcă o oarecare ușurare, totuși oboseala vespérală apărea regulat în mușchii peribucali, ai limbei și la deglutiție. În primăvara anului 1943, aceeași oboseală cu caracter vespéral apare și la membrele superioare, încât obosea repede la lucru de mână, mai ales dacă era frig; încearcă atunci o serie de injecții cu

doze masive de ser antidifteric, dar fără rezultat; obține însă o oarecare ameliorare după un tratament cu unde ultra scurte, vitamina B₁ și masaje până în Iunie 1943, când acuză turburări de vedere sub formă de diplopie, iar vederea la distanță i-a devenit neclară, în timp ce vederea la aproape a rămas bună; și aceste turburări — cari o supărau mult — apăreau numai în jumătatea a doua din zi.

În Septembrie 1943, rămâne gravidă (a doua sarcină); sarcina a fost suportată fără nici un inconvenient, ci din contră, pe măsură ce înainta sarcina, toate turburările se atenuau din ce în ce mai mult, încât dela luna VI-a, ele au dispărut complet, încât bolnava s'a crezut vindecată.

A născut o fetiță la termen, în condițiuni normale la data de 25. VI. 1944, dar deja a doua zi după naștere, remarcă spre marea ei surprindere, revenirea turburărilor de mai înainte, încât treptat în aproximativ 2 săptămâni, toate simptomele au reapărut afară de diplopie, dar în schimb a început să aibe greutate și la masticatie, la deschiderea cât și la închiderea ochilor, ba uneori fiind culcată seara, numai cu greutate își putea ridica capul de pe perină. Membrile superioare au devenit din nou senzibile la frig, obosea destul de repede la lucrul de mână, dar la trunchiu și la membrele inferioare nu avea nici o turburare. În acest stadiu se prezintă la consultațiunile noastre în luna Aprilie 1945.

La examenul obiectiv constatăm: talie mică, nutriția mediocră, țesutul celulo-adipos și musculatura mai redusă, tegumentele și mușoasele vizibile mai palide, sistemul osos intact, articulațiile libere, ganglionii regionali normal dezvoltati. Organele interne toraco-abdominale nu ne prezintă nimic deosebit, în special nu constatăm dispnee, cianoză sufocație și nici turburări de ritm respiratoric. Tensiunea arterială 11—7 V. L. Pulsul 80 pe minut ritmic, regulat, bine bătut; după compresiunea globilor oculari scade la 70. Electrocardiograma normală (Clinica Medicală I.). Radioscopia toracică nu arată prezența timusului sau a vreunei neoformații în regiunea substernală (Institutul de radiologie).

Sistemul nervos: pupilele sunt egale, rotunde, regulate, reacționează bine la lumină și distanță. Mișcările globilor oculari conservate, nu acuză diplopie, nu se constată nistagm. Prezintă o ușoară atonie facială, cu ridurile mai șterse, discretă tendință la ptoză; din punct de vedere motilitar: o limitare discretă la ocluziunea ploapelor, fluieratul și umflatul gurii abia schițate, în timpul răsului crisparea feței. Mișcările de masticatie normale. Limba fără atrofie sau tremurături, mișcările ei sunt conservate, vorbirea normală, doar vocea e ușor nasonată. Vălul palatin pe linia mediană, se deplasează ceva mai incomplet, la deglutiție recurgitate parțială a lichidelor pe nas, dacă „bea la iuteală”. Reflexul faringian abolit. Motilitatea trunchiului cât și al membrilor superioare sau inferioare în amplitudine normală.

Fenomenul fatigabilității, cu reducerea progresivă a amplitudinii mișcărilor, se poate pune ușor în evidență la musculatura feței; ea apare deja după 10—12 repetări, la încrețirea frunții și arătutul dinților, după 20 repetări la ocluziunea ploapelor și după 50 repetări la deschiderea gurii și mișcările laterale ale limbei, e și mai discretă la mușchii cefei și la membrele superioare, la cari forța dinamometrică, nu se epuizează nici după 40 strângeri, ci scade doar dela 130 la 115, e nulă la trunchi și membrele inferioare. Repausul face să dispară aceste turburări, doar la mușchii peribucali și la orbicularii ploapelor pare să persiste o stare de pareză.

Reflexele osteo-tendinoase, cutanate, senzibilitatea, organele senzoriale, nu prezintă turburări.

Examenul electric arată o hiperexcitabilitate neuro-muscu-

lară: nervul facial-reacționează la 1 m. amp, iar mușchii înervați de el la 1½ m. amp. Chiar excitabilitatea mecanică e sporită: semnul lui Chvostek și Weiss sunt pozitive, dar semnul lui Trousseau e negativ.

Nu se poate pune în evidență reacțiunea miastenică alui Jolly (epuizarea excitabilității, la excitația tetanizantă ceva mai îndelungată și reapariția ei după un scurt repaus). Am complectat examenul cu următoarele date de laborator: Hematii: 4.550.000. Leucocite: 5.400. Hglob.: 83%. Formula leucocitară: N. 58%, E. 1%, B. 0%. Monocite: 4%. Limfocite: 37%, pH sanghin: 7,37. — K plasmatic: 16,64 mlgr.% Ca: 10,10 mlgr.% Metabolismul bazal: —2,5% (Institutul de Fiziologie). Titrarea hormonilor sexuali feminini: H. Gonadotrop A: pozitiv, H. gonadotrop B: negativ, H. folicular: diminuat. În concluzie: Ipo-funcțiune ovariană foliculară. (Clinica Ginecologică). Puncțiunea suboccipitală complet negativă (albumină, celule, coloidală și R. Wass.) R. Wass. în sânge negativ. Urina nu conține elemente patologice.

În expunerea de mai sus găsim toate elementele principale pentru facerea cu ușurință a diagnosticului de miastenie. Astfel găsim turburări la mușchii cu activitatea funcțională cea mai pronunțată (mușchii mimicei, ai masticației, ai vorbirii, deglutiției), din sfera de înervare a nervilor cranieni și mai puțin din domeniul nervilor spinali superiori. Această turburare constă dintr'o fatigabilitate (simptom relevat de Goldflam în 1893), în raport cu activitatea musculară, deaceea e mai pronunțată în jumătatea a doua a zilei, când poate ajunge până la un grad de pseudoparalizie transitorie, care dispăre în repaus (și numai în cazuri evolute recuperarea funcțională e incompletă sau nulă). Lipsește din simptomatologie numai reacția miastenică alui Jolly (recunoscută în 1895 ca patognomonică în această afecțiune), dar ea a lipsit și în alte observațiuni (Grocco, Oulmont et Baudoin, Lannois Klippel, Raymond, Claude. Laruelle etc.).

Proba terapeutică încercată cu injecții subcutane de 0,5 mlgr. prostigmine „Roche”, încă sprijinește acest diagnostic, producând dispariția temporară a tuturor turburărilor.

Ce privește etio-patogenia. deși boala a fost semnalată deja în 1877 de Wilks, nu este lămurită pe deplin. Erb o considera încă din 1878, ca un sindrom de origine bulbar, totuși Oppenheim în 1887, credea în originea ei nevrozică, în lipsa leziunilor din regiunea bulbo-protuberanțială la un caz autopsiat.

De fapt leziunile pot fi multiple, dar variabile și inconstante (cromatoliză, mici hemoragii), fără a putea conchide la originea nervoasă centrală. Mai frecvent se întâlnesc leziuni musculare de tipul miopatic, ceeace a făcut pe unii să o încadreze în grupa miopatiilor. Marinescu o consideră ca un sindrom vegetativ suprarenos-simpatic, în care insuficiența oxidazelor ar avea mare importanță, Rubens incrimină o

turburare în metabolismul creatinei și creatininei, iar după Dale s'ar produce o distrucție prea rapidă de acetil-colină, din cauza unei colesteraze sanghine sporite și astfel influxul nervos nu se poate transpune pe fibra musculară, iar după Salmon e vorba de un sindrom vegetativ de hipotonie sino-carotidiană.

Glandele endocrine încă au fost incriminate, începând cu observația lui Laquer și Wiegert (1901), cari găsiră un limfosarcom al timusului. S'a semnalat coexistența miasteniei cu boala lui Basedow, cu hipertrofie hipofizară, cu insuficiență suprarenală, a fost considerată și de origine hiperparatiroidiană (Parhon și Urechia semnalează hipercalcemie în miastenie; Urechia observă un rezultat bun cu extract de tuber cinereum. și pune în discuție originea diencefalo-mesencefalică). etc.; toate aceste supoziții fiind justificate de o serie de fapte clinice, anatomice și terapeutice.

Deasemenea a fost semnalat și rolul sarcinei, al nașterii și alăptării, ca factor susceptibil de a influența apariția sau agravare miasteniei. Așa este cazul lui Crouzon și Christophe (1932), în care miastenia apare în timpul primei sarcini, apoi turburările revin cu ocazia următoarelor 2 sarcini, terminate ambele prin avort spontan, apărând de data aceasta și unele fenomene piramidale și semne protuberanțiale, urmează a patra sarcină dusă la termen, în timpul căreia în luna 4-a a prezentat dispnee, tendință sincopeală și în sfârșit sarcina V-a, cu apariția ptozei în cursul lunei a 4-a, încât autorii au pus chestiunea,

dacă nu ar fi recomandabilă întreruperea sarcinei, spre a evita agravarea boalei.

Tot în comunicarea de mai sus, găsim citați în acest senz pe Goldflam, Tilney, Burr et Mac Carthy, Hun, Blumer și Streeter.

Semnalăm încă cazul lui Laruelle et Massion-Verniory (1937), în care miastenia a început după o naștere.

În opoziție cu acestea cazul nostru ar fi excepțional și unic, întru cât n'am găsit semnalată nici odată în literatura din *Revue Neurologique* între anii 1922—1940, influența favorabilă a sarcinei, cum s'a întâmplat în cazul nostru, în care toate turburările au dispărut începând cu luna VI-a de graviditate. Că nu e vorba de o remisiune spontană — cum de altfel adesea se întâmplă în această afecțiune — care să coincidă cu graviditatea, o dovedește faptul, că deja a doua zi după naștere, au început să reapară fenomenele, ajungând în scurt timp la situația dinaintea sarcinei. Trebuie astfel să admitem, că dispariția fenomenelor în cazul nostru, a depins de anumiți factori endocrini, biochimici, neuro-vegetativi etc., în legătură directă cu modificările multiple de asemenea natură din cursul sarcinei, dintre cari în primul rând probabil că placenta a jucat un rol hotărâtor, ca dovadă că imediat după expulsarea ei, au reapărut turburările și astfel nașterea și în cazul nostru a avut o influență defavorabilă, servind în orice caz cel puțin ca un factor ce a declanșat boala.

Cefaleele post-rachianestezice și tratamentul lor cu vitamina B¹

de

Dr. Constantin Lăpădatu

și **Dr. Cornel Fogaș**

Cefaleea face parte din accidente care survin cel mai frecvent după rachianestezie. Ea se caracterizează prin dureri de cap de diferite intensități și cu predominanță când frontală, când temporală sau occipitală, însoțită uneori de văjațuri, senzație de amețelă și svâcnitură intracraniană. Poate să survină imediat sau până la 8—10 zile după anestezia rachidiană într-o proporție care variază după autori dela 15% (Brun) până la 50% (Pauchet).

Patogenia ei este încă nelămurită cu toate teoriile cari s'au emis și din cari vom enumera câteva pe scurt. Astfel, Boshamer crede că ar fi în cauză o carență în vitamina B₁ a organismului, care s'a accentuat prin actul operator. Heinecke, Loewen, Liebl,

Oehler, Bracht, Münchmeyer afirmă că atât anestezicul cât și compușii lui de descompunere, cari fiind toxici, ar acționa asupra nervilor sensitivi și a meningelor iritându-i (acțiune toxico-iritativă). Di Pace crede că ar fi vorba de o idiosincrazie față de anestezic, Sebrechts de o rachisensibilitate în general iar Stecker, Bier, Selheim, Fargue și Brasset de o sensibilitate personală, datorită unor afecțiuni meningeale anterioare. Kaiser, von Brunn, Sebastian, Oudard, Solcard cred că ar fi vorba de o mică hemoragie intradurală, iar Bartrina, Leiner și Weisner de o mică infecție suficientă să cauzeze o iritație a meningelor, dar nu o meningită. Alți autori pun cefaleea pe socoteala hipotensiunii, iar Prof. Angelescu și Gh. Buzo-

ianu cred că ar fi în legătură cu anumite turburări simpatice.

În legătură cu aceste teorii, credem că cea mai apropiată de realitate este cea toxico-iritativă. Anestezicul având o acțiune iritativă asupra nervilor sensitivi și a meningelor, determinând totodată și un dezechilibru neuro-vegetativ, ar cauza cefalea. Pentru confirmarea acestui lucru ar interveni și observația frecventă pe care am făcut-o la anumite persoane în cazurile de anestezie cervicală paravertebrală pentru intervențiile pe glanda tiroidă, când am constatat cefalei identice cu cele post-rachianestezice (tratate tot cu vitamină B₁ și cu bune rezultate). Mecanismul lor s'ar explica tot printr-o iritație determinată de anestezic de-alungul nervilor sensitivi (nevrită toxică) până la nivelul meningelor.

Pentru combaterea acestor cefalei s'au întrebuințat diferite tratamente (analgezice, ser glucozat, ser hipertonic, apă destilată intravenos etc.) fără a se obține însă de cele mai multe ori rezultatul dorit.

În 1935 Willians reușind să realizeze pe cale sintetică vitamina B₁ antiberiberică, thiamina sau clorhidratul de aneurină, marchează începuturile unei aplicări mai largi a acestei substanțe în clinică, depășind cu mult cadrul beri-beriului. Astăzi ea poate fi considerată ca un veritabil analgezic, care se adresează diferitelor fenomene dureroase atât ca etiologie cât și ca localizare, pe cari le întâlnim atât de des în practica zilnică.

Vitamina B₁ a fost izolată din drojdia de bere și din tăratele de orez în 1910 de către Grings și C. Funk. Ea este formată din doi nuclei, unul pirimidic și altul thiazolat. Prin fixația unei molecule de HCl pe funcțiunea sa aminată se obține un clorhidrat cristalizat (a cărui formulă brută este: C₁₂H₁₈N₄C₁₂SO) foarte solubil în apă și care este întrebuințat în momentul de față în terapeutică. Dozele date la om în 24 ore variază dela 2—25 mlgr. în medie. Pot fi însă mult mărite căci thiamina e foarte puțin toxică. Eliminându-se extrem de repede din organism s'au putut administra omului până la 130 mlgr. pe zi fără să fi prezentat vreun fenomen de intoleranță. Acest fapt este foarte important căci denotă că vitamina B₁ este un medicament extrem de maniabil.

Se administrează de obicei pe cale subcutană, intramusculară sau bucală. Unde pe aceste căi nu s'a putut obține rezultatul dorit, prin injecții intravenoase sau intrarachidiene s'a ajuns foarte repede la scăderea tuturor fenomenelor dureroase. Efectul analgezic se manifestă după 15 minute până la 4—5 ore dela prima sau a doua injecție.

Acțiunea sa fiziologică se crede că ar fi datorită

rolului ei de menținere a echilibrului nervos prin proprietatea antitoxică pe care ar avea-o față de produșii cari ar rezulta dintr'un metabolism incomplet al hidraților de carbon (acidul lactic și pyruvic). Favorizând oxidarea acizilor ar asigura integritatea sistemului nervos periferic. I-se atribue și o acțiune analgezică asupra sistemului nervos central (Schaltenbrandt, Reuter, Keller). Acțiunea rapidă a vitaminei B₁ a permis să se concludă, că ea exercită un efect imediat și direct asupra fibrei sensitive, efect de natură fizico-chimică care se adresează nutriției intime a sistemului nervos (Sliosberg).

Fiind o substanță perfectă tolerată de organism, după cum am văzut mai sus, a permis o largă experimentare în clinică. În 1937 Heiman atrage atențiunea, că utilizarea ei pare să fie rezervată exclusiv afecțiunilor interesând fibra sensitivă. Hesse, Kuhnau, Schröder, Wolf tot în 1937, A. Sliosberg în 1938 apoi Martius și Ohmstedt semnalează rezultatele bune obținute cu vitamina B₁ în tratamentul migrenelor. În 1941 B. Manstein cunoscând aceste rezultate, pe cari le confirmă și el personal, administrează Betaxin în 37 cazuri de cefalei post-rachianestezice în doze și la intervale diferite după operație. Din acestea a avut: 25 cazuri vindecate, 9 unde durerea nu cedase complet și 3 eșecuri. Cantitatea administrată a variat dela 4—25 mlgr. iar durerile de cap dispăreau după 15 minute până la 4—5 ore dela injecție. În afară de eficacitatea tratamentului a constatat și o acțiune favorabilă asupra stării generale în perioada postoperatorie.

În 1942 Gh. Olănescu și D. Petrescu administrând intravenos Betaxin forte la 15 bolnavi au obținut: 4 rezultate bune și 11 nesatisfăcătoare menționând că Betaxinul are acțiune numai asupra cefaleelor apărute tardiv după a 4—5-a zi iar în celelalte numai un rol trecător. V. Covali și M. Bălan în 1943 publică 23 cazuri tratate cu Betaxin forte, din cari 21 pe cale intravenoasă și 2 pe cale intrarachidiană, obținând: 14 vindecări, 7 ameliorări și 2 eșecuri.

La secția chirurgicală a spitalului C. C. A. S. Petroșani pe 71 rachianestezii din decursul anului 1943—44 am avut în total 20 cazuri de cefalei (28,1%) pe cari le-am tratat cu vitamină B₁ după cum reiese din observațiile pe cari le redăm mai jos:

Obs. I. Bolnava M. G. 28 ani. Pe data de 17. IV. 1943 se face rachianestezie cu Novocaină (Bayer) 8% pentru apendicectomie. Pe data de 20 IV. 1943, a 3-a zi după operație, prezintă cefalee. Se administrează 2 mlgr. Betabion subcutan. După 1/2 oră dela injecție durerile dispar complet.

Obs. II. Bolnavul F. I. 33 ani. La 29. V. 1943 se face rachianestezie cu Novocaină (Bayer) pentru cură radicală de hernie. La 3. VI. 1943, a 5-a zi după operație pre-

zintă cefalei intense. Se administrează subcutan 2 mlgr. Betabion. Durerile dispar după aproximativ 1 oră dela injecție fără să mai revină.

Obs. III. Bolnavul B. I. 30 ani. La 29. VI. 1943 se face rachianestezie pentru cură radicală de hernie. La 2. VII. 1943 a 3-a zi după operație prezintă cefalei intense. Se administrează 2 mlgr. Betabion subcutan. După $\frac{3}{4}$ oră dela injecție fenomenele dispar complet.

Obs. IV. Bolnavul M. I. 35 ani. La 29. VI. 1943 se face rachianestezie pentru cură radicală de hernie. La 2. VII. 1943, a 3-a zi după operație acuză cefalei intense. Se administrează 2 mlgr. Betabion subcutan. Durerile de cap dispar după 1 oră dela injecție.

Obs. V. Bolnavul P. C. 34 ani. La 28. IX. 1943, rachianestezie pentru cură radicală de hernie. La 29. IX. 1943, prima zi după operație prezintă cefalei intense cu predominanță în regiunea temporală și senzație de greutate intracraniană. Se administrează 2 mlgr. Betabion subcutan. După 1 oră dela injecție toate fenomenele dispar complet.

Obs. VI. Bolnavul F. I. 20 ani. La 7. X. 1943, se face rachianestezie pentru cură radicală de hernie. În aceeași zi este apucat de cefalei foarte intense. Pe data de 8. X. 1943 se administrează 2 mlgr. Betabion subcutan. După aproximativ 20 minute dela injecție durerile diminuează ca să reapară pe data de 9. X. 1943 când se administrează 4 mlgr. Betabion subcutan. După $\frac{1}{2}$ oră dela injecție durerile scad fără să dispară complet și se mențin așa și pe data de 10—11. X. 1943, când se administrează iar 4 mlgr. Betabion subcutan. După $\frac{1}{2}$ oră dela injecție durerile dispar în parte, reducându-se complet a doua zi revenind doar atunci când bolnavul se ridică din pat când acuză și o senzație svâcnitură intracraniană. Pe data de 13. X. 1943, se administrează 25 mlgr. Betaxin subcutan. După $\frac{1}{2}$ oră cefaleea și toate fenomenele dispar complet fără să mai revină.

Obs. VII. Bolnavul D. R. 34 ani. La 9. X. 1943, se face rachianestezie pentru cură radicală de hernie. La 10. X. 1943, prima zi după operație are dureri mari de cap. Se administrează 8 mlgr. Betabion subcutan. După $\frac{1}{2}$ oră durerile dispar în parte ca să revină cu aceeași intensitate pe data de 11. X. 1943 când se administrează 4 mlgr. Betabion în 10 cc. ser glucozat 20% intravenos. După $\frac{1}{4}$ oră dela injecție durerile dispar complet ca să revină peste noapte treptat și cu predominanță în regiunea temporală ca pe data de 12. X. 1943 să devină insuportabile. Se injectează subcutan 2 mlgr. Betabion iar durerile dispar după $\frac{1}{2}$ oră. La 13. X. 1943 revin accentuându-se mai ales când bolnavul se ridică în pat. Se administrează 2 mlgr. Betaxin în 10 cc. ser glucozat 20% intravenos. După $\frac{3}{4}$ oră dela injecție cefaleea dispăre complet rămânând cu o senzație de svâcnitură intracraniană care dispăre pe data de 14. X. 1943.

Obs. VIII. Bolnavul L. I. 30 ani. La 11. XI. 1943, se face rachianestezie cu Novocaină (Bayer) 8% pentru rezecție destomac Reichel-Billroth II. Prima zi după operație (12. XI. 1943) acuză cefalee care se accentuează pe data de 13. XI. 1943 cu predominantă la nivelul regiunii temporale. Se administrează 25 mlgr. Betaxin subcutan iar durerile dispar după 15 minute. Pe data de 14. XI. 1943 cefaleea revine foarte intensă. Se injectează subcutan 25 mlgr. Betaxin. După $\frac{1}{2}$ oră dispar ca să reapară intens pe data de 15. XI. 1943 când se administrează bol-

navului 25 mlgr. Betxin + 0,25 cafeină subcutan. După 10—15 minute dela injecție cefaleea dispăre definitiv.

Obs. IX. Bolnavul C. T. 28 ani. Pe data de 23. XI. 1943, se face rachianestezie pentru apendicectomie. La 24. XI. 1943 prima zi după operație bolnavul acuză cefalee intensă. Se dă subcutan 25 mlgr. Betaxin iar după $\frac{1}{2}$ oră dela injecție durerile de cap se reduc mult ca să revină pe data de 25. XI. 1943. Se administrează 25 mlgr. Betaxin + 0,25 gr. cafeină subcutan. După $\frac{1}{2}$ oră durerile dispar complet fără să mai revină.

Obs. X. Bolnavul B. E. 29 ani. La 25. XI. 1943, se face rachianestezie pentru rezecție de stomac. Prima zi după operație (26. XI. 1943) acuză cefalee. Se dă 4 mlgr. Betabion + 0,25 gr. cafeină subcutan ca după 20 de minute cefaleea să scadă. Reapare intensă pe data de 27. XI. 1943 cu senzație de apăsare la nivelul regiunii temporale. După ce se administrează 4 mlgr. Betabion + 0,25 gr. cafeină subcutan la $\frac{1}{2}$ oră dela injecție cefaleea dispăre complet fără să mai revină.

Obs. XI. Bolnava A. O. 23 ani. La 11. XII. 1943, se face rachianestezie pentru laparotomie exploratoare. Prima zi după operație (12. XII. 1943) acuză cefalee intensă cu predominantă la nivelul regiunii temporale. După ce se administrează 25 mlgr. Betaxin subcutan la 1 oră dela injecție durerile cedează definitiv.

Obs. XII. Bolnava T. M. 31 ani. La 16. XII. 1943, se face rachianestezie pentru salpingectomie stângă. Pe data de 19. XII. 1943 a 3-a zi după operație, prezintă cefalei cu predominantă în regiunea occipitală cari se accentuează pe data de 20. XII. 1943 când se dă subcutan 5 mlgr. Betaxin. După $\frac{1}{2}$ oră dela injecție durerile dispar complet.

Obs. XIII. Bolnavul C. I. 38 ani. La 21. XII. 1943, se face rachianestezie pentru cură radicală de hernie. După operație prezintă cefalei cu predominantă în regiunea frontală cari se accentuează pe data de 22. XII. 1943 când se administrează 25 mlgr. Betaxin subcutan. După aproximativ 1 oră durerile scad mult în intensitate ca să revină pe data de 23. XII. 1943 mai intense. Se injectează subcutan 25 mlgr. Betaxin + 0,25 gr. cafeină. După $\frac{3}{4}$ oră cefaleea dispăre ca să revină pe data de 24. XII. 1943 diminuează când se administrează din nou 25 mlgr. Betaxin + 0,25 gr. cafeină subcutan fără a se obține însă vreun rezultat. În aceeași zi seara se dă intravenos 25 mlgr. Betaxin ca cefaleea să dispară după $\frac{1}{2}$ oră. Pe data de 25. XII. 1943 revine mai puțin intensă accentuându-se mai ales când bolnavul se ridică în pat dar după ce se injectează 25 mlgr. Betaxin intravenos la 20—30 minute dela injecție durerile cedează complet fără să mai revină.

Obs. XIV. Bolnavul B. I. 21 ani. La 31. I. 1943, se face rachianestezie pentru apendicectomie. La 15. I. 1943 a 2-a zi după operație acuză cefalee. Se administrează subcutan 10 mlgr. Betaxin + 0,25 gr. cafeină iar după 25 minute dela injecție durerea dispăre complet.

Obs. XV. Bolnavul B. M. 46 ani. La 17. II. 1943, se face rachianestezie pentru cură radicală de hernie. La 19. II. 1944 a 2-a zi după operație acuză cefalee cu predominantă fronto-temporală cu iradiieri spre occiput. Se administrează 10 mlgr. Betaxin subcutan iar după aproximativ $\frac{1}{2}$ oră dela injecție cefaleea cedează complet fără să mai revină.

Obs. XVI. Bolnava C. M. 31 ani. La 19. II. 1944, ra-

chianestezie pentru adnexectomie stângă. Prima zi după operație acuză cefalee care se accentuează pe data de 21. II. 1944 când se administrează 10 mlgr. Betaxin subcutan. După $\frac{1}{2}$ oră cefaleea dispare ca să reapară pe data de 22. II. 1944. Se administrează din nou 10 mlgr. Betaxin subcutan. Dispare după 20 minute ca să reapară din nou pe data de 24. II. 1944 când se injectează 10 mlgr. Betaxin subcutan. După $\frac{1}{2}$ oră durerea cedează ca să reapară pe data de 25. II. 1944 dar după ce se administrează 25 mlgr. Betaxin subcutan la 30—40 minute dela injecție durerile dispar ca să rămână cu văjețuri de cap.

Obs. XVII. Bolnavul P. I. 28 ani. La 2. III. 1944 rachianestezie pentru apendicectomie. La 5. III. 1944 a 3-a zi după operație acuză cefalei intense. Se administrează 2 mlgr. Betabion subcutan iar după 1 oră dela injecție durerile dispar.

Obs. XVIII. Bolnavul L. V. 27 ani. La 18. III. 1944, rachianestezie pentru cură radicală de hernie. Prima zi după operație acuză cefalei slabe cari devin foarte intense pe data de 21. III. 1944 când se administrează 20 mlgr. Betaxin subcutan fără ca cefaleea să cedeze. Pe data de 22. III. 1944 se administrează din nou 20 mlgr. Betaxin subcutan când după $\frac{1}{2}$ oră durerea dispare și revine în momentul când bolnavul se ridică în pat. La 24. III. 1944 acuză din nou cefalee foarte intensă cu predominanță occipitală. Se dă 20 mlgr. Betaxin subcutan iar după 5—10 minute dela injecție durerea cedează complet fără să mai revină.

Obs. XIX. Bolnavul M. N. 43 ani. La 28. III. 1944, rachianestezie pentru cură de hernie epigastrică. Prima zi după operație acuză cefalee cu predominanță frontală. Se administrează 2 mlgr. Betabion subcutan ca durerile de cap să cedeze după aproximativ 20 minute. Pe data de 30. III. 1944 cefaleea revine iar după ce se administrează din nou 2 mlgr. Betabion subcutan la $\frac{1}{2}$ oră dela injecție dispare complet.

Obs. XX. Bolnavul N. A. 43 ani. La 25. IV. 1944 rachianestezie pentru cură radicală de hernie. Prima zi după operație acuză cefalee cu predominanță occipitală. Se administrează 5 mlgr. Betaxin subcutan iar durerea de cap după aproximativ $\frac{1}{2}$ oră dispare. Revenind tot în aceeași zi se mai administrează 5 mlgr. Betaxin subcutan (seara) ca să dispară după 20 minute. Pe data de 27. IV. 1944 prezintă din nou cefalee. Se administrează 5 mlgr. Betaxin subcutan dispărând după 20 minute dela injecție ca să revină pe data de 29. IV. 1944 fiind însoțită de amețeli. După ce se administrează încă odată 5 mlgr. Betaxin subcutan, după aproximativ $\frac{1}{2}$ oră durerea de cap dispare complet fără să mai revină.

În toate cazurile noastre, pe cari le-am redat sumar mai sus, pentru rachianestezie am întrebuințat Novocaina Bayer 8%. Cefaleea a survenit fie imediat, fie până la a 5-a zi după rachianestezie. Pentru tratamentul ei am întrebuințat Betabion și Betaxin subcutan, uneori asociat cu cafeină (obs. VIII., IX., X., XIII și XV). Vitamina B₁ intravenos a fost administrată fie singură (obs. XIII), fie în ser glucozat 20% (obs. VII). În privința efectului în legătură cu calea de administrare n'am observat nicio deosebire mai marcantă. Disparația cefaleelor se întâmpla după 20—30 minute până al 1 oră dela injecție fiind puțin mai

accelerată când tratamentului i se asocia și cafeină. Cantitatea de vitamină necesară dispariției complete a fenomenelor dureroase a fost variabilă (2—75 mlgr.) însă ele au cedat complet în toate cazurile noastre într'un timp care a variat dela 25 minute până la 5 zile, un singur caz doar (obs. XVI) care deși vindecat a părăsit spitalul cu văjețuri de cap.

Pentru o lămurire mai exactă redăm observațiile cazurilor noastre într'un tabel rezumativ (cuprinzând timpul când a apărut cefaleea după rachianestezie, cantitatea totală de vitamină B₁ administrată, timpul după care fenomenele dureroase au cedat complet etc.) după cum urmează:

1.	Bolnava M. G.	28 ani	3-a zi	Vit. B ₁	2 mlgr.	după $\frac{1}{2}$ oră
2.	Bolnavul F. I.	33 "	5-a "	"	2 "	" 1 "
3.	" B. I.	30 "	3-a "	"	2 "	" $\frac{3}{4}$ "
4.	" M. I.	35 "	3-a "	"	2 "	" 1 "
5.	" P. C.	34 "	1-a "	"	2 "	" 1 "
6.	" F. I.	20 "	imediat	"	35 "	" 5 zile
7.	" D. R.	34 "	1-a zi	"	39 "	" 3 "
8.	" L. I.	30 "	1-a "	"	75 "	" 2 "
9.	" C. T.	28 "	1-a "	"	50 "	" 1 zi
10.	" B. E.	29 "	1-a "	"	8 "	" 2 zile
11.	Bolnava A. O.	23 "	1-a "	"	25 "	" 1 oră
12.	" T. M.	31 "	3-a "	"	5 "	" $\frac{1}{2}$ "
13.	Bolnavul C. I.	38 "	imediat	"	25 "	" 3 zile
14.	" B. I.	21 "	2-a "	"	10 "	" 25 min
15.	" B. M.	46 "	2-a "	"	10 "	" $\frac{1}{2}$ oră
16.	Bolnava C. M.	31 "	1-a "	"	55 "	" 3 zile
17.	Bolnavul P. I.	28 "	3-a "	"	2 "	" 1 oră
18.	" L. V.	27 "	1-a "	"	60 "	" 3 zile
19.	" M. N.	43 "	1-a "	"	4 "	" 2 "
20.	" N. A.	43 "	1-a "	"	20 "	" 4 "

După cum reiese din datele de mai sus, cefaleea în general cu cât apare mai repede după rachianestezie cu atât cedează mai greu medicației necesitând un timp mai îndelungat și de cele mai multe ori o cantitate mai mare de vitamină B₁.

În rezumat la secția chirurgicală a spitalului C. C. A. S. Petroșani în decursul anului 1943—44 din 71 de rachianestezii au fost 21 cazuri (28,1%) însoțite de cefalei.

Toate aceste cazuri au fost tratate cu injecții de vitamină B₁ (Betabion, Betaxin) subcutan 18 cazuri (în 5 cazuri asociindu-se și cafeină) iar în 2 cazuri și intravenos obținându-se vindecări complete.

Cu cât cefaleea a apărut mai tardiv cu atât vindecarea a fost mai rapidă, necesitând totodată și o cantitate mai mică de vitamină B₁ pentru tratarea ei.

Vitamina B₁ prin acțiunea sa fizico-chimică asupra sistemului nervos, fiind un analgezic de prim rang își găsește cu mult succes aplicarea în cefaleele cari survin destul de des după rachianestezie, constituind chiar una din cele mai frecvente complicațiuni ale acestora și în cari celelalte tratamente cunoscute nu dau de cele mai multe ori niciun rezultat.

BIBLIOGRAFIE

Boshamer: Münch. Med. Woch. Nr. 3, 1935. — Heiman: Klin. Woch. Nr. 31, 1937. — Kuhnau, Schröder, Wolf: D. Med. Woch. 1937. — Hesse: Med. Klin. Nr. 7, 1937. — A. Sliosberg: Journ. med. de Paris Nr. 15 și 40, 1938 și Monde Médical Nr. 941, 1939. — Hațieganu-Goia: Trat. elem. sem. și pat. med. vol. II, 1939. — M. Petrescu și A.

Suțianu: Nutriție și dietoterapie, 1940. — B. Manstein: Klin. Woch. Nr. 46, 1941. — Gh. Oldnescu și D. Petrescu: România Medicală Nr. 21, 1942. — N. Covali și M. Balan: România Medicală Nr. 13—14, 1943. — I. Iacobovici: Chirurgie, Vol. I, Fasc. I, 1943.

SPITALUL C. C. A. S. PETROȘANI. S. CHIRURGICALĂ
Director: Dr. Constantin Lăpădatu

Considerațiuni asupra hemostazei spontane în legătură cu un caz de amputație traumatică a brațului

de

Dr. Nicolae Belu
Medic Primar Chirurg

și

Dr. Haralambî Columb
Medic Secundar Chirurg

Hemostaza spontană a fost observată încă din primele timpuri ale evoluției chirurgiei.

Acest fenomen, după cum îl arată și numele, este oprirea efluviului sanguin din vasele total secționate sau rupte, fără utilizarea manevrelor de hemostază cunoscute, independent de legile fizice, condiționată de factori biochimici, fiziopatologici, generali și locali.

Pentru capilare și vasele de calibru mic, acest fenomen este curent în stările de echilibru normal, iar explicația patogenetică se reazimă pe elementele biochimice și fiziologice cunoscute ca reacțiuni de apărare naturală, asigurând astfel securitatea oricărei intervențiuni.

În cazul arterelor de calibru mare, hemostaza spontană apare excepțional după cum remarcă Moure, Sencert și alții, înlăturând o serie de pericole bine cunoscute, cari ar putea da o hemoragie fatală.

H. Wildegans (1943) studiind problema hemostazei spontane, în cazurile de plăgi de război ale arterelor mari, arată că un fapt important îl constituie comportarea intimei, care se separă evident de adventicie, se rupe pe distanțe mari, cade în lumenul vascular, favorizând astfel formarea rapidă a trombusului și făcând hemostaza.

Cercetările sale la animale nu au arătat însă aceleași caractere.

El observă că retracțiunea arterei lezate nu survine decât atunci când s'a produs secțiunea totală a vasului; când secțiunea nu este totală, retracțiunea nu se produce favorizând persistența hemoragiei.

Gradul de posibilitate de reacțiune depinde de structura vasculară, deci sunt condițiuni speciale chiar la nivelul leziunii vasculare, cari produc hemostaza spontană.

Stegemann susține că în hemostaza spontană, un

rol extrem de important îl deține fenomenul fiziologic, ce se manifestă în organism drept reacțiune de apărare, față de pericolul grav iminent, prin „devierea curentului sanguin dela nivelul vasului lezat în alte părți ale corpului”.

S'a crezut mult timp că în hemoragiile mari, în urma leziunilor vaselor importante, s'ar forma în organism, anemii locale tissulare și că această stare fiziologică de auto-apărare a organismului ar absorbi sângele în cantități mari dela nivelul leziunii și astfel scăzând presiunea locală a sângelui, s'ar favoriza coagularea și obstrucția vasului deschis.

Tannenberg și Dassel din Fr. am Mein, experimentând, au dovedit că nu poate fi vorba de o putere de absorbire a sângelui arterial de „vidul” creat prin anemiarea țesuturilor din organism; aceste țesuturi anemiate, fiind irigate numai prin presiunea propriu zisă a sângelui propriu.

Vasele țesuturilor anemiate nu sunt goale, în ele există un lichid și pentru a învinge rezistența acestui lichid este necesară o presiune pozitivă dela 4,5 până la 6 cm. sânge.

Odată acest moment atins, cantitatea de sânge ce se revarsă în aceste vase crește sau scade proporțional cu presiunea.

Experiențele făcute de Tannenberg și Hermann asupra mecanismului hemostazei spontane (Archiv für Kin. Chirurgie Band C X L VII Heft IV. 1927) relevă doi factori importanți de cari ar depinde hemostaza spontană.

1) Comportarea conținutului vasului lezat.

2) Comportarea peretului lezat, căci acesta se poate retracta, rasuci, mai mult, sunt cazuri în cari prin puterea de lipire a peretului vascular, capetele vasului lezat se sudează.

Acești autori combat categoric teoria de deviație a sângelui dela nivelul vasului lezat.

Plătăreanu susține că hemostaza spontană se poate face în general printr'o răsucire cu înfundare a endoteliului și întimei vasculare (retracție elastică) la care se adaugă formarea coagulului sanguin cu ajutorul fibrinei, etc.

Pentru arterele de calibru mai mare, pe lângă fenomenele observate la arterele de calibru mic, mecanismul de producere imprumută o serie de factori și condițiuni speciale, cari după observațiunile noastre, trebuiesc relevate și anume:

Secțiunea simpaticului periarterial care se traduce prin stupoare arterială (vasoconstricție periferică imediată, inhibiție segmentară sau contractură myogenă) sindrom descris de *Larrey* și *Pirogoff*. *Vianay*, *Fiolle*, *Kütner*.

Elongația, care de multe ori precede momentul secționării (ruperii) vasculare.

Retracțiunea bontului vascular rezultat în teacă, sau între masele musculare retractate.

Presiunea pe care țesuturile învecinate o exercită asupra vasului lezat servește ca un ușor tampon natural.

Hipotensiunea arterială marcată produsă de starea de șoc ce se instalează aproape instantaneu și acompaniază accidentul.

Iată deci o serie de factori și condițiuni locale cari pot contribui la instalarea „hemostazei spontane” și cari uneori îi dau un caracter de „stabilitate”

Asupra acestui punct, materialul redus ce ne-a stat la dispoziție atât în câmpul muncii cât și în cazurile de plăgi de război ale vaselor mari, nu ne-a putut pe deplin documenta.

Hemostaza spontană produsă a fost urmărită pentru un timp relativ scurt (2 maximum 6 ore).

De obicei am intervenit, înlocuind-o printr'o hemostază chirurgicală definitivă, gândindu-ne la pericolul „hemoragiei în doi timpi” ce ar fi putut oricând surveni.

* * *

Redăm pe scurt cazul nostru:

Bolnavul G. I. de 64 ani, este internat în spital pentru lipsa prin amputație accidentală a brațului drept din axilă, ce data de 2 ore.

Starea prezentă. Brațul drept retezat din axilă menținut doar de cusăturile mânecii. Atât pe haine cât și pe cămașă, nu se observă decât urme minime de sânge.

Fața palidă, acoperită de sudori reci.

Pulsul la mâna stângă slab, abia perceptibil.

Extremitățile reci. Respirație superficială. Bolnavul prezintă un aspect de indiferență.

Examenul local. De la prima vedere, se constată lipsa prin aputație accidentală a brațului drept dela nivelul axilei.

Massa musculară a brațului prezintă un aspect decolorat, fără sângerare. Pe regiunea deltoidiană, escoriațiuni și echimoze.

Remontăm accidentatul cu injecții de ser fiziologic și Ephedrină și intervenim făcând ligatura după extirparea bontului arterial și reamputarea intradeltoidiană.

Evoluție post operatorie normală: vindecare.

* * *

Examinând porțiunea rezecată din bontul arterial, am constatat doar o micșorare evidentă a calibrului vasului pe o lungime de circa 1 cm., cu subțierea peretelui și prezența unui coagul sanguin ușor detașabil în lumenul vasului.

Desigur, în cazul acesta au concurat fericit toți factorii mai sus amintiți, procurându-ne ocaziunea de a observa hemostaza spontană timp de aproximativ 3 ore fără de care, cazul nu ne-ar mai fi parvenit și nu ar mai fi fost salvat.

Din motive ușor de apreciat nu am mai tentat temporizarea intervenției.

Desprindem în concluziune că hemostaza spontană, pentru cazul rupturilor oaselor mari, este un fenomen rar, care dacă apare, contribuie la salvarea cazului, dar pe care nu se poate pune bază, posibilitatea unei hemoragii în doi timpi nefiind exclusă, atât literatura ce ne stă la dispoziție în prezent cât și observațiunile noastre nu ne dovedește caracterul definitiv al hemostazei spontane și în consecință intervenția chirurgicală de urgență este absolut indicată.

MINISTERUL ASIGURĂRILOR SOCIALE
SPITALUL C. C. A. S. REȘITA

Director Medic Primar Chirurg: Dr. N. Belu.

Interpoziția vezico-vaginală Wertheim-Schauta în prolapsul genital

de

Dr. Ioan Sbârcea

medic secundar, Brașov

Intervențiile operatorii în prolapsul genital sunt multiple. În situațiile atât de mult schimbate pe care le găsim în prolapsul uterin, felul intervenției operatorie indicată de la caz la caz, este desigur momentul cel mai hotărâtor în rezolvarea chirurgicală a acestei probleme. Abstrăgând de metodele conservative (pesare, masaj etc.) astăzi aproape complet delăsate, intervențiile operatorii clasice, modificate atât de mult după diferiții autori, își găsesc indicația după cazul clinic care ni se prezintă. Situația anatomică, gradul prolapsului, etatea pacientei, fenomenele secundare ale prolapsului, toate acestea ne vor face și mai grea alegerea felului intervenției indicate într'un caz dat.

Dacă astăzi atâtea metode operatorii au fost găsite, pentru a putea remedia această anomalie statică a organelor genitale femeiești, este tocmai o dovadă de insuficiența fiecărei metode în parte.

Nu voi căuta să aduc o înșirare a tuturor metodelor operatorii, atât de bine cunoscute, ci mă voi opri asupra unei intervenții pe cât de simplă în executarea ei și puțin traumatizantă, pe atât de sigură în rezultatele ei. Este vorba de interpoziția vezico-vaginală a uterului după Wertheim-Schauta. Această operație este practică mai ales în America și Germania, prima dată executată de Wilkins (Chicago) și ca tehnică perfecționată de Wertheim și Schauta.

Nu este desigur o intervenție operatorie indicată în toate prolapsele genitale (oricare ar fi tabloul clinic care ni se prezintă) este însă o intervenție prea puțin cunoscută la noi, sau deși cunoscută prea puțin aplicată, deși rezultatele postoperatorii imediate și târzii sunt mai mult decât mulțumitoare (după Stoekel 96,3%).

Să vedem schematic și foarte pe scurt felul tratamentelor aplicabile în prolapsul genital, pentru a putea încadra și intervenția noastră în una din categoriile tratamentului operator a acestei anomalii statice a organelor genitale.

Înainte de a trece la aceasta să amintim că mai ales două sunt teoriile care caută să dea explicația etio-patogenică a acestei afecțiuni: prima vede cauza primordială în slăbirea aparatului de susținere și cea de a doua în insuficiența aparatului de suspensie a organelor genitale.

Tratamentul prolapsului genital se poate astfel schematiza:

I. *Tratamentul profilactic*, constă în refacerea rupturilor perineale după facere, recomandarea evitării eforturilor în primele săptămâni post partum etc.

II. *Tratamentul curativ*, poate fi medical și chirurgical.

a) *Tratamentul medical*, constă în aplicarea pesarelor, masaj combinat cu gimnastică suedeză. Toate acestea dau rezultate dubioase și nicio dată definitive, din această cauză acest tratament este astăzi aproape complectamente părăsit.

b) *Tratamentul chirurgical*, se intervine pe cale abdominală, vaginală și combinat.

Intervențiile pe cale abdominală au ca scop refacerea situației quo ad ante, adresându-se aparatului de suspensie.

Intervențiile pe cale vaginală au ca scop refacerea aparatului de susținere.

Calea combinată: când preparatorul într'o primă ședință va interveni prin laparotomie asupra aparatului de suspensie și în ședința a doua intervenind pe cale vaginală, va căuta să refacă planșeul pelvian, adresându-se deci aparatului de susținere (de obicei printr'o plastică perineo-vaginală, combinată eventual cu o colporafie anterioară).

Operația noastră se încadrează în grupul intervențiilor chirurgicale pe cale vaginală, adresându-se exclusiv refacerii aparatului de susținere.

Tehnica operatorie: După o prealabilă pregătire generală și locală a pacientei, un ajutor ne va trage colul uterin cu ajutorul unei pense Museaux în jos și înspre noi. Peretele vaginal anterior se incizează pe linia mediană, cam dela un cm distanță de meatul uretral și până la un cm de marginea colului. Se decolează peretele vaginal, împingând vezica cu țesutul retrovezical în sus. Se deschide plica vezico-uterină și împingând în acest moment colul cu ajutorul Museaux-ului înapoi, înspre fundul de sac posterior al vaginului, corpul uterin prin mișcări de basculă cu ușurință se poate scoate prin orificiul creat în urma deschiderii plicei peritoneale vezico-uterine. Aceasta din urmă deschidere ca mărime va varia după volumul corpului uterin, făcându-se totdeauna la început o incizie mai mică, putându-se mări ulterior după nevoie. Dacă bolnava este încă în etatea de a putea concepe, se face ligatura trompelor, o graviditate după o interpoziție vezico-vaginală ducând la complicații grave.

Se suturează buza peritoneală a plicei vezico-uterine pe fața posterioară a uterului, cât se poate înspre col.

Uterul este astfel plasat în loja creată între vezică și peretele anterior al vaginului, închizând vaginul cu fire putând trece prin peretele anterior al uterului, producând astfel o mai bună fixare a lui în loje. Dela sine înțeles că oricând această operație se poate combina cu o colpoperineorafie posterioară, dacă este cazul.

Indicația intervenției. Această intervenție operatorie fiind o intervenție relativ mică, rezultatele post-operatorii imediate și târzii fiind foarte bune, corectând mai ales cistocelul întrebunțând însăși corpul uterin ca pelotă și organ de susținere a vezicii prolapse și fiind o intervenție relativ ușor de executat își găsește indicația în prolapsul genital cu predominanța cistocelului, uterul fiind întrebunțat el însuși ca o sus-

ținere solidă a vezicii prolapse, aceasta din urmă fiind cea care în prolapsul uterin (genital) ne dă de obicei cele mai alarmante semne clinice și în cele din urmă indicația absolută a intervenției chirurgicale. În prolapsul de un grad nu prea avansat, la bolnave trecute în climacteriu (în caz contrar totdeauna asociată fiind cu o sterilizare concomitentă) și la acele cazuri unde o intervenție mai mare ar fi contraindicată din punctul de vedere al stării generale a bolnavei.

BIBLIOGRAFIE

- H. Hartmann: Gynecologie Operatoire.
H. Martius: Die Gynaekologischen Operationen.
W. Stoeckel: Lehrbuch der Gynäkologie.

Comemorări

WILHELM CONRAD RONTGEN

(1845—1923)

50 ANI RAZE RÖNTGEN

de

Prof. Dr. M. Hângănuț

Anul 1945 este un an comemorativ atât pentru știință cât și pentru omenirea întreagă. În 27 Martie 1945 s'au împlinit 100 ani dela nașterea lui Wilhelm Conrad Röntgen descoperitorul razelor X, iar până la 8 Nov. 1945 s'au scurs 50 ani dela acea zi memorabilă, când Röntgen a observat pentru prima dată în laboratorul de fizică a Universității din Würzburg acea fluorescență magică a ecranului, care a dus apoi grație genialității sale, la descoperirea razelor ce-i poartă numele. „O scânteie a spiritului său a aprins lumina care a luminat viu cărările întunecoase ale științei și interiorul corpului omenesc, aducând ne-n numărator suferinzi bine și însănătoșire“ spune cu drept Grashey.

Röntgen s'a născut în Lennep, un orășel în Renania inferioară ca și unicul copil a unei familii de patricieni, a cărei origine se poate urmări până în veacul al XVII-lea. Tatăl, Friedrich Conrad Röntgen a fost fabricant de postavuri. Mama, Charlotte Constanța Frowein era deasemenea descendenta unei vechi familii originară din Italia cu rude în Anglia, Olanda și Germania. Părinții au fost înrudiți, erau verișori.

Produsele fabricate de familia Röntgen erau cău-

tate în toată lumea, chiar și de curțile domnitoare. Starea materială bună a părinților a permis lui Röntgen să se bucure de o copilărie și ani universitari fără griji. Clasele primare le urmează în Olanda în Apeldoorn, iar liceul în Utrecht. În Utrecht, oraș cultural, primește tânărul Röntgen primele impresii mai vii, aci se trezește și dragostea pentru natură, ce nu-l părăsește până la sfârșitul vieții, aci primește și prima lovitură din partea vieții, întâmplare fatală, care l-a urmărit până la maturitate producându-i multe clipe amare. Era în preajma bacalaureatului când ajunge — fără a fi vinovat — în conflict cu legile severe ale școlii și mai ales cu severitatea și răutatea unuia dintre profesori. În fond a fost o glumă nevinovată, obișnuită printre elevi. Unul dintre colegii lui Röntgen desemnase în clasă caricatura profesorului, un celibatar înăcrit. Röntgen nevrând să divulge numele autorului caricaturii — a fost eliminat, iar la examenul de bacalaureat, făcut în particular, același profesor îl respinge. Röntgen adânc mâhnit, își vede calea spre universitate închisă. Se reîntoarce la Apeldoorn unde nemulțumit de sfatul tatălui său de a deveni comerciant, se înscrie la școala de constructor de mașini. Însă interesul ce-l purta deja pentru știință, nu este satisfăcut de instrucția bazată mai mult pe aptitudini manuale. În una din plimbările sale solitare, întâmplarea face să cunoască un inginer elvețian — Thomann — care îl sfătuiește să se înscrie la politeh-

*) Conferință rostită la ședința comemorativă pentru Röntgen a Societății Științelor Medicale din Cluj (24 Nov. 1945).

nica din Zürich, unde putea fi primit fără bacalaureat. Această informație a fost pentru Röntgen o adevărată revelație. Părinții apreciind stăruința copilului lor, consimt și astfel Röntgen se înscrie în anul 1865 la politechnica din Zürich unde studiul se baza mai mult pe conștiințe și aptitudini de specialitate. Anii petrecuți în Zürich sunt poate cei mai fericiți ani a lui Röntgen. Orașul cu frumoasele sale împrejurimi face o deosebită impresie asupra lui Röntgen, obișnuit mai mult cu peisajul țărilor joase. Se bucură în plin de libertatea academică, devine un turist și alpinist încercat, frecventează cercurile studențești. Il impresionează mult deasemenea și ideile politice și viața de stat liber a Elveției. Tot aci face cunoștință cu Berta Ludwig, fica unui intelectual german refugiat în Elveția pentru ideile sale politice, cu care se căsătorește în 1872 și trăiește 50 de ani în cea mai perfectă și armonioasă căsătorie. După câteva luni de libertate completă și îndeletniciri studențești se regăsește și urmează cu multă seriozitate matematica și chimia, iar ca studiu auxiliar fizica. Il captivează mai ales cursurile marelui fizician Clausius care încerca să explice prin legi fizicale toate fenomenele naturii. Influența lui Clausius îl îndreaptă tot mai mult spre teorie și disciplinele experimentale exacte. Cu toate acestea nu neglijează studiile obligatorii luându-și în anul 1868 diploma de inginer constructor de mașini. Pasiunea de cercetător îl face să-și continue studiile luându-și doctoratul în filozofie cu un an în urmă. (1869). Profesorul Kundt relevă talentul lui Röntgen, îl numește asistent și-l invită să-l urmeze la Würzburg. Aci Röntgen împărtășește viața bine cunoscută și de totdeauna a asistentului universitar, oscilând între laborator, știință și greutățile materiale ale zilei, greutăți pe care Röntgen, — obișnuit cu dărnicia de odinioară a tatălui său — le suportă cu resemnare. Își găsește consolare în muncă, își pregătește teza de docență, pentru ca apoi să sufere a doua oră o lovitură grea și nedreaptă. Cu toată susținerea și greutatea științifică a lui Kundt, cu tot ecoul științific ce l-a produs teza lui Röntgen, senatul universitar anchilozat în dogme și tradiționalism, îi refuză docența pe motivul că nu are bacalaureat. Tot mai era persecutat de nedreapta sentință din liceu. Când profesorul Kundt este chemat la universitatea nou înființată la Strasbourg, acceptă cu condiția ca Röntgen să fie deasemenea numit. Aci — într-o atmosferă mai liberală — își susține Röntgen docența în 1874 deschizându-i-se astfel cariera universitară. În anul următor este chemat deja ca titular al catedrei de fizică și matematică la Academia de Agronomie din Hohenheim. Mediul științific anemic de aci nu-i convine, astfel, că deja după un an se reîntoarce bucuros, tot la intervenția lui Kundt, care ținea așa de mult la Rönt-

gen — la Strasbourg, ca titular al catedrei de fizică teoretică. Urmează 3 ani de muncă științifică fructuoasă, când este invitat la universitatea din Giessen (1879). Cei 8 ani petrecuți la Giessen sunt pentru Röntgen ani de mulțumire și satisfacție științifică. Aci are posibilitatea să-și desfășoare în plin toată puterea organizatorie și didactică. În lecțiile sale, pentru a documenta, înlocuiește matematica cu experimentul considerând experimentul ca și o dovadă irefutabilă și singurul mijloc de-a smulge naturii tainele sale. În acest scop imaginează mereu noi metode de control, construiește singur — fără mecanic — aparate de o sensibilitate și precizie uimitoare, aparate ce sunt și azi întrebuințate și neintrecute. Vom înțelege deci sensul inscripției din laboratorul institutului său: „Wer die Apparate schlecht behandelt ist mein Feind“. Între timp este invitat la catedră și de către universitățile din Jena, Utrecht, însă refuză.

În Octomvrie 1888 celebrul fizician Friedrich Kohlrausch, considerat ca și maestru în tehnica măsurătorilor fizicale, este invitat la Strasbourg și astfel devine vacantă catedra de fizică la Universitatea din Würzburg. În căutarea unui urmaș demn, toate privirile se îndreaptă spre Röntgen, care se bucura deja de o autoritate științifică unanim recunoscută. Invitarea urmează fără întârziere. Röntgen primește invitația, era doar și o satisfacție morală venind de la universitatea, care cu câțiva ani în urmă îi refuza docența. Aceeași universitate era sortită să devină locul descoperirii epocale a razelor X.

Era în timpul marilor descoperiri în domeniul electricității. Fizicienii din toată lumea erau preocupați de aceste descoperiri, și se dădea o deosebită atențiune mai ales razelor catodice descoperite de Hittorf în anul 1868. Röntgen avea obiceiul de a controla și a reface personal experimentele altor autori. Lucra întotdeauna singur, nu făcea confidențe în cursul lucrărilor, chiar și asistenții lui aflau adesea numai din publicațiile științifice despre preocupările maestrului. Astfel se întâmplă și cu ocaziunea descoperirii razelor X. Röntgen studia fenomenele descărcărilor electrice în vid, îl interesa mai ales capacitatea de penetracție a razelor catodice. Pentru a nu fi deranjat lumina descărcărilor electrice înveli tubul Hittorf, cu care lucra, cu hârtie neagră. În cursul acestor experiențe — care le făcea într-o cameră obscură — observă deodată fluorescența vie a unui ecran de platino-cianură de Bariu ce era așezat pe o masă din apropiere. Schimbă tubul, învelește și mai perfect tubul cu hârtie neagră, îndepărtează ecranul de tub, intercalează diferite obiecte între tub și ecran dar fluorescența se produce mereu. Avea deci indubitabil de a face cu un nou fenomen, până atunci încă necunoscut. Acestea s-au petrecut în seara zilei de 8 Noemvrie 1895, cum rezultă

din declarația ficei sale adoptive D-na Dr. Donges: „zu später Abendstunde, in der sich keine dienstbaren Geister mehr im Laboratorium befanden“. Este data descoperirii noilor raze pe care Röntgen le numește raze X.

Din momentul acesta Röntgen nu mai are liniște și nu știe ce-i odihna. Timp de șapte săptămâni lucrează zi și noapte; se retrage în laboratorul său, masa i se servește prin ușa abia întredeschisă. După câteva zile își instalează un pat de campanie în laborator și nu se mai întoarce în locuința sa, deși se afla în același edificiu. Chiar și Mallner, laborantul credincios a lui Röntgen, care știa toate obiceiurile maestrului este nedumerit. Presupunea o ceartă între soți deși cunoștea căsnicia lor ideală. Nedumerirea personalului din institut culminează într-o serioasă îngrijorare asupra stării sufletești a maestrului lor, când Röntgen într-o zi cheamă tâmplarii și desface în bucăți ușa laboratorului. Ori Röntgen nu făcea atunci altceva, decât căuta să-și explice proveniența dungilor misterioase ce au apărut pe placa fotografică, când a lăsat să treacă razele necunoscute prin ușa laboratorului. Și desvâlue și această taină, dungile negre erau datorite plumbului ce conținea vopsea. Intre timp face o singură confidență bunului său prieten, zoologul Boveri, spunându-i: „am descoperit ceva interesant, dar nu știu dacă observațiunile mele sunt exacte“. După șapte săptămâni de muncă de adevărat muncenic, la 28 Decembrie 1895, prezintă Societății Științifice fizico-medicale din Würtzburg epocala sa notă preliminară „Über eine neue Art von Strahlen“.

Fiind în preajma vacanței de Crăciun comunicarea este desbătută în ședință publică abia în 23 Ianuarie 1896. În fața unui auditoriu select și de o atențiune incordată, Röntgen își expune comunicarea. În 16 puncte formulează în mod clasic, aproape pe toate proprietățile fizicale, azi bine cunoscute, ale razelor X. La sfârșitul comunicării demonstrează câteva experiențe, și radiografiază într-o atmosferă de legitimă curiozitate, mâna venerabilului anatom Kölliker nestorul societății. Kölliker face apoi omagierea lui Röntgen declarând că în cei 48 ani de membru a societății fizico-medicale n'a asistat la vreo ședință în care să se fi expus vreo problemă mai importantă ca și aceea expusă de Röntgen și propune ca razele X pe viitor să se numească raze Röntgen.

Știrea descoperirii razelor Röntgen s'a făcut cu repeziciune. Încă înainte de memorabila ședință, în urma unei indiscreții, știrea a apărut în presa mondială stârnind un deosebit interes. Interesul științific îl arată mai evident numărul mare — 1044 — al lucrărilor apărute în primul an. Printre acestea semnalăm cu mândrie și lucrările importante ale fizicianului român Hurmuzescu, care în acel timp lucra la

Paris alături de Benoist. Dar și presa laică era plină de articole în legătură cu noua invenție, unele din ele cu adevărat fantastice. Persoana lui Röntgen ajunge în centrul preocupărilor, devine popular, fapt ce mai mult îl supără de cât îl măgulește. Soția sa notează cu candoare: „Kaum hatte er die Arbeit publiziert, so war unsere häusliche Ruhe dahin“. Röntgen însă nu se lasă copleșit. Lucrează calm și perseverent mai departe. În Martie 1896 publică deja a doua comunicare asupra razelor X, iar în Martie 1897 a treia și ultima. În aceste trei comunicări precizează într'un mod într'adevăr uimitor, proprietățile fizicale ale razelor X, în cât în cei zece ani ce urmează nici un autor n'a putut adăuga vreo nouă noțiune la cele expuse de Röntgen. Röntgen n'a mai publicat apoi asupra razelor X, a îndrumat numai lucrările elevilor săi. Cea mai importantă descoperire în acest domeniu o face elevul său Max Laue, care descoperind interferența razelor X dezvăluie prin aceasta misterul structurii atomice a materiei.

Cu toată firea sa retrasă care evita lumina indiscretă a vieții de toate zilele, Röntgen nu s'a putut sustrage dela onorurile cu care lumea credea, că trebuie să-l răsplătească. Amintim numai câteva din acestea: Este promovat doctor honoris cauza a universității din Würtzburg, primește din partea Royal Society din Londra medalia Rumford, din partea Universității din Columbia — New-York medalia Barnard, iar în 1901, când se distribue prima dată premiul Nobel, i se conferă acest premiu. Societățile științifice din toată lumea se mândresc a-l avea printre membrii de onoare. Este numit consilier secret al Curții cu titlul de excelență, este decorat și inobilat, dar în ciuda cercurilor snobe nu poate fi convins să primească predicatul de von. Alături de aceste onoruri apare în curând injuria celor mici în suflet. Invidia acestora a încercat să micșoreze importanța descoperirii lui Röntgen. Unii afirmau că razele X au fost descoperite de laborantul lui Röntgen, alții atribuiău descoperirea asistentului său, și în fine se găseau și de aceia care susțineau că totul se reduce la o simplă întâmplare. Da, întâmplarea a avut un mare rol în descoperirea razelor X — a mărturisit-o însuși Röntgen —. Aceasta însă nu micșorează într'un nimic meritul său. Câte descoperiri nu sunt cunoscute în știință care se datoresc unei observații făcute întâmplător. Archimede a descoperit principiul greutății specifice a corpurilor făcând baie într-o vană, Newton descopere legea gravitației observând căderea unui măr din pom; James Watt ajunge să construiască mașina cu aburi observând fierberea ceainicului. Auengruber descopere percuția observând pe tatăl său cum ciocănea butoaiele. Întâmplarea face ca Galvani să descopere curentul ce-i poartă numele etc. Însă cel

ce sesizează o întâmplare trebuie să fie dotat cu spirit de observație și nu odată cu scânteia genialității. Intervenind în această campanie murdară dusă contra lui Röntgen, filozoful Münsterberg dela Universitatea Harvard spunea:

„Să presupunem că întâmplarea a avut intradevăr un rol; dar câte efecte galvanice n'au existat în lume până ce Galvani a observat întâmplător contracțiunea piciorului de broască. Lumea este întotdeauna plină de astfel de întâmplări dar există puțini Galvani și Röntgen“. Röntgen a suportat cu stoicism și aceste atacuri. Intr'o notiță zice: „se pare ca și când ar trebui să-mi cer scuze, că am descoperit razele“.

În 1900 părăsește Würtzburgul cu o continuă nostalgie în suflet pentru acest oraș, unde a petrecut anii maturității sale, și trece la Universitatea din München. Era așa zicând un obicei obligatoriu pentru fiecare „Geheimrat“ să funcționeze în capitala țării. În primii ani este absorbit de organizarea institutului său, apoi își reia activitatea științifică, ocupându-se în același timp și de probleme universitare. În aceste discuții, susținea ideile enunțate încă la Würtzburg în calitate de rector: „Universitatea este o pepinieră de cercetări științifice și cultură spirituală, sediul unor năzuințe ideale atât pentru student cât și pentru profesor. Importanța ei din acest punct de vedere este mult superioară folosului practic...“ Dar orizontul îngust al unor profesori și biurocratismul celor din minister îi produc multe clipe amare, încât la un moment dat e hotărât să părăsească catedra pentru a se putea dedica cu totul științei.

Caracterul nobil a lui Röntgen rezultă mai ales din însemnările și corespondența sa în cursul războiului. Orizontul său larg, legăturile ce le avusese cu străinătatea îl fac să prevadă dezastrul patriei sale. Din cauza aceasta suferă mult, nu poate să înțeleagă psihoza de ură ce apucase pe compatrioții săi, nici fanfaronada ce luase locul unui patriotism adevărat. Röntgen care petrecuse atâta timp în Elveția și în străinătate era pentru o monarhie parlamentară ca și ceea din Olanda și Anglia. În schimb ce a urmat după războiu? Degradare și devalorizare materială și morală. Suportă toate privațiunile cu resemnare, ba și le impune chiar. Refuză invitațiile ce-i veneau din străinătate zicând: „N'ași putea trăi în belșug când alții sufăr“. Rămâne la München și nu este cruțat nici de șicanele comisiei de rechiziții! Când devine milionar prin inflație notează sarcastic „ohne Erfindung“ vizând refuzul de a-și patentă invenția care i-ar fi adus foloase materiale mari. Cea mai grea lovitură pentru Röntgen este moartea mult iubitei sale soții. Renunță la catedră și se retrage în modesta sa casuță de vânătoare de lângă München. Aici își petrece ultimii ani, în mijlocul naturii, singur, menținând legă-

tură cu bunii săi prieteni prin corespondență. Mai trece odată în Elveția pentru a revedea locurile lui dragi unde a petrecut atâtea clipe frumoase în societatea prietenilor scumpi și mai ales a mult iubitei sale soții. Cu toată vârsta înaintată nu-și părăsește îndeltnicirea de a hoinări pe poteci neumbrate zicând prietenului său: „dacă odată nu ași reveni, nu mă căutați de-a lungul drumului...“.

După o scurtă suferință moare la 10 Februarie 1923 suferind de cancer intestinal. Din notițele sale scrise cu precizie de fizician, rezultă că-și pusese singur diagnosticul deși nici când nu s'a ocupat de medicină... Urna cu cenușa sa zace, la dorința sa, în cimitirul din Giessen alături de mormintele părinților săi.

Noblețea sufletului său se traduce și în ultimile sale dispoziții testamentare. Premiul Nobel îl testase încă în viață, Universității din Würtzburg, averea, în valoare de 339 bilioane 927 miliarde de mărci — cifră impresionantă de bani devalorizați — o lasă în scop de binefacere săracilor din Weilheim unde-și avea casa de vânătoare. Manuscrisele lui Röntgen potrivit dorinței sale, au fost arse cu excepția manuscrisului referitor la descoperirea razelor X.

Astfel se stinge acest om mare a cărui înfățișare fizică se potrivea întocmai cu măreția sufletului și a caracterului său hotărât...

Descoperirea razelor X încheie un mare capitol din domeniul electricității, ea este în același timp însă și punctul de plecare a unei noi științe, a radiologiei. Această disciplină a ajuns în scurt timp să aibă un rol foarte important în toate ramurile științelor, atât teoretice cât și aplicate. Nu este azi domeniu științific și practic în care radiologia să nu fie întrebuințată. Incontestabil însă că medicina este aceia în care rolul ei este mai covârșitor atât în ce privește diagnosticul cât și terapia. Grație progresului radiologiei au fost crarificate nu mai o serie de probleme fiziopatologice discutate ci a câștigat enorm în precizie diagnosticul, astfel încât azi nu se mai poate considera un examen medical cași complet fără un control sau verificare radiologică.

Prima radioscopie făcută de Röntgen, prin acea intercalare instinctivă a mâinii sale între tub și ecran, apoi primele radiografii au fost începutul unei munci febrile, care a dus rând pe rând la descoperirea metodelor de investigație radiologică întrebuințate azi în mod curent. Ideile sau succedat cu repeziciune, uneori le-au avut simultan diferiți autori astfel încât prioritatea, nu odată, se poate numai cu greu stabili. În curând s'a ivit necesitatea înființării unor reviste de specialitate pentru a putea cuprinde numărul mare al lucrărilor din domeniul radiologiei. În Mai 1896 Sidney Rowland întemează Archives of Clinical Skia-

graphy, care în 1897 este continuată sub titlul de Archives of the Röntgen Ray. În același an apare în Germania sub conducerea lui Albers Schönberg revista Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen iar în America: American X-Ray Journal.

Cercetând literatura constatăm, că aproape toate metodele radiologice, utilizate azi își au germenul deja în începutul erei radiologice, deși uneori a fost nevoie de mulți ani până s'a ajuns la perfecționarea de astăzi. Chirurgia a fost ramura medicinei, care a beneficiat mai întâi de razele Röntgen. Aportul diagnostic era impresionant și relativ ușor de obținut, de oarece în radiologia chirurgicală, în general, nu este nevoie de vreun artificiu în plus (opacifierea) pentru a obține acel contrast pe care se bazează imaginea radiologică. Deja în Februarie 1896 British Medical Journal reproduce radiografia unui braț fracturat făcută de însuși Röntgen. Deși greutățile tehnice de executare a radiografiilor erau încă mari, utilizarea razelor Röntgen în chirurgie crește zi cu zi astfel încât în 9 Decembrie 1896 se ajunge deja la impresionantul fapt a primei intervenții chirurgicale făcută sub control radiologic, extracția unei schije din ochi, operație executată de M. Rodiguët și Néguet.

Primele radiografii executate cu contrast artificial le întâlnim deasemenea la începutul radiologiei. Tuffier pare a fi primul care preconizează această metodă în chirurgie, introducând o sondă radio-opacă în uretere și evidențiind astfel traectul lor. În curând au apărut noi metode în acest domeniu (1906— opacifierea cu soluție de collargol) din care s'a dezvoltat și perfecționat ureteropielografia modernă a lui Völker și Lichtenberg (1929). Varnier pune bazele radiologiei în obstetrică, care datorită substanțelor opace, descoperite mai târziu, fac posibilă azi utero și salpingografia.

Dar nici radiologia medicală n'a rămas în urma celei chirurgicale. Primele explorări radiologice medicale s'au făcut asupra aparatului respirator și circulator, precursorii fiind Bouchard, Guilleminot, Bergognié, Benedikt, Levy-Dorn, Thompson etc. Bouchard și Guilleminot aduc deja în 1896 contribuțiuni importante în ce privește simptomatologia radiologică a plămânii și inimii. Bergognié face primele examinări clinic radiologice comparate, notând pe tegument cu dermatograf leziunile pulmonare constatate clinic și controlând suprapunerea acestora cu datele obținute la radioscopie. Benedikt (Viena) studiază o serie de cardiaci reușind să elucideze unele fenomene fiziopatologice controversate. Thompson pune bazele ortocardiografiei. Levy-Dorn observând la ecran un astmatic în acces constată deplasarea pasivă a diafragmului și astfel precizează, că în astm nu avem de a face cu o contracțiune spasmodică a diafragmului,

după cum se presupunea. Pe baza creată de precursorii anului 1896 se dezvoltă treptat radiologia modernă a toracelui, *bronchografia*, apoi *tomografia*, (Bocage —1921— Vallebona —1930—) ce permite radiografierea în straturi a plămânilor, evidențiind astfel leziuni, care cu metoda radiografică obișnuită adesea pot fi mascate prin sumația umbrelor multiple ce se suprapun și în fine *microradiofotografia* lui Abreu și Holfelder cea mai nouă și puternică armă utilizată în depistarea tuberculozei pulmonare.

Una dintre cele mai importante achiziții în domeniul radiologiei medicale este incontestabil descoperirea substanțelor radioopace care fac posibil explorarea organelor cavitare (stomac, intestine, vesicula biliară etc). Doctorul Becher (Berlin Mai 1896) ar putea fi considerat primul, care a avut ideea de a face vizibile organele cavitare prin administrarea de substanțe radio-opace. Becher a lucrat experimental, pe animale, introducând în tubul digestiv a unui cobai sacrificat, o soluție de acetat de plumb, realizând astfel vizibilitatea tubului digestiv prin opacifiere. Tot dânsul formulează deja condițiunile ce se impun unei astfel de substanțe adică, să fie radio-opacă și inofensivă pentru organism. Aceste condițiuni au fost realizate în prânzul opac a lui Rieder (1904) Administrarea bismutului apoi a bariului sub formă fluidă sau mai consistentă a dus la perfecționarea de azi a explorării radiologice a tubului digestiv.

Cholecistografia, introdusă în practică în anul 1924 de către Graham și Cole este deasemenea realizarea unei idei ce au avut-o simultan Sehrwald în Germania și Meslans în Franța deja în 1896. Ambii au demonstrat marea capacitate de absorbție față de razele Röntgen a halogenelor (clor, brom și iod) ajungând la concluzia, că organele cavitare ar putea fi făcute vizibile introducând în ele soluții ce ar conține acest halogen. S'au scurs totuși 30 de ani până ce metoda a putut fi realizată.

Chiar și sistemul nervos beneficiază de posibilitatea de a fi explorat cu ajutorul razelor Röntgen. Dandy preconizează în 1918 ventriculo și encefalografia, iar Sicard și Forestier în 1921 mielografia cu li-piodol, metodă care o folosim mai ales în diagnosticarea tumorilor măduvei spinării și a diferitelor afecțiuni inflamatorii ale arachnoidei.

Metode de explorare radiologică utilizate deocamdată mai rar și în special în scop științific sunt radiocinematografia și radiokimografia. Primul film radiografic a fost realizat de un scoțian Dr. John Intyre (1896) și reprezenta mișcarea unui picior de broască, azi au putut fi realizate deja filme care evidențiază funcțiuni ale diferitelor organe de exemplu actul urinar etc. Radiokimografia a fost imaginată de Pleikart Stumpf (1928) cu scopul de a înregistra

mişcări ale unor organe, în deosebi ale inimii. Această metodă are în localizarea infarctelor miocardice și un scop practic.

Un alt domeniu de importanță capitală a radiologiei este radioterapia. Radioterapia s'a dezvoltat în baza observațiunii simptomelor locale și generale ce le-au prezentat pe de o parte pionerii razelor Röntgen, pe de altă parte indivizii care au fost supuși acțiunii mai îndelungate a razelor X. S'a observat încurând, că razele Röntgen nu sunt indiferente pentru organism și că expunerea mai îndelungată acțiunii lor, provoacă simptome locale de arsuri, eczeme, epilație, etc. și simptome generale de greață și astenie (Röntgenkater). E. Thompson, celebrul inventator și cercetător american în domeniul razelor Röntgen sesisează aceste observații le completează cu o autoobservație și atrage atențiunea asupra acțiunii nocive a razelor Röntgen. Se semnalează în curând și prima victimă a noii descoperiri. Dally unul din asistenții lui Edison în urma arsurilor suferite cu ocaziunea demonstrațiilor radiologice făcute la expoziția internațională din New-York, sucombă. Edison, care a lucrat deasemenea mult în domeniul röntgenologiei, se impresionează în așa măsură de moartea colaboratorului său încât își suspendă cercetările sale. Dar aceste fapte n'au descurajat cercetătorii, din contra ele au constituit un imbold pentru a descoperi tainele acestor raze misterioase și mijloacele de apărare precum și utilizarea lor în scop terapeutic. Este intere-

sant istoricul primei încercări de radioterapie. Ea a fost executată de tânărul medic, — devenit în urmă celebrul profesor — L. Freund, din Viena. Freund, preocupat de efectul epilator al razelor Röntgen, obține autorizația Prof. Eder de a trata în institutul său o fetiță care prezenta un neg pigmentar pilos.

După 10 zile de tratament efectul a fost prompt constituind prima dovadă a acțiunii biologice și terapeutice a razelor Röntgen. Aceasta s'a întâmplat la abia un an după descoperirea razelor X. În acelaș an M. V. Despeignes din Lyon iradiază un cancroid al buzei și o tumoră gastrică semnalând acțiunea analgesică a razelor Röntgen. Prin muncă incordată și prin sacrificiul multor victime căzute pe câmpul de onoare a științei s'a dezvoltat radioterapia de azi, care aduce alinare și însănătoșare multor suferinzi.

Toate descoperirile din domeniul radiologiei se bazează în fond pe cele trei comunicări clasice ale lui Röntgen! Posteritatea va reține întotdeauna numele lui, opera lui dovedind întocmai și adevărul exprimat de Pasteur ca: „Știința e patrimoniul omenirii întregi“. Ne închinăm în fața genialității acestui mare om, savant și binefăcător al omenirii a cărui omagiere cred, că o exprimă mai bine cuvintele lui Antoine Bécłère, părintele radiologiei franceze, care zice: „Les rayons de Röntgen ne trompent jamais. C'est nous qui nous trompons en leur demandant plus qu'ils ne peuvent nous donner ou en interprétant mal leur langage“.

Referate

Proprietățile Penicilinei și utilizarea ei în terapeutică

de

Dr. Liviu Comes

Asistent la Clinica de Boli Contagioase

Antagonismul dintre diferitele organisme inferioare care nu pot viețui împreună, este cunoscut încă de multă vreme. Astfel Pasteur, încă din anul 1877 a arătat că dezvoltarea unor anumiți microbi este împiedecată de prezența altora și că acest lucru ar putea avea cândva o mare importanță terapeutică. Mai târziu acest fenomen și-a găsit explicația prin substanțele numite „antibiotice“, produse de microbii antagoniști. Emerich și Loew în 1899 au aplicat pentru prima dată în terapeutică astfel de substanțe, prin întrebuințarea în tratamentul difteriei a *Piocianazei* produsă de b. piocianeu. Mai târziu s'au izolat și alte substanțe antibiotice produse de diverși microbi, fără a avea însă vre-o consecință deosebită în terapeutică.

În anul 1929 *Fleming*, într'un laborator din Londra, descopere în mod întâmplător că dezvoltarea sta-

filococilor este oprită în culturile infectate cu o specie de ciupercă numită *Penicilium notatum* (un fel de mușcău). Această ciupercă a fost izolată și cultivată pe medii speciale și din filtratele acestor culturi s'a putut extrage o substanță cu acțiune bacteriostatică apreciabilă, denumită „Penicilină“. Substanța neputând fi izolată în stare destul de pură, rezultatele terapeutice n'au fost cele așteptate, iar descoperirea n'a avut un răsunet mai deosebit în acea epocă. Abia după 10 ani, la începutul recentului războiu, autorii englezi din Oxford: *Florey*, *Chain*, *Abraham*, *Coolebroock* și alții, reluând cercetările, au ajuns să izoleze Penicilina în stare mai pură, să-i determine proprietățile chimice și biologice, și s'o introducă în clinică.

Succesele obținute cu Penicilină au atras din nou atențiunea asupra problemei antibioticelor, permițân-

du-se astfel descoperirea a numeroase substanțe de acest fel, produse atât de microbi, cât și de ciuperci. Dintre primele vom aminti *Gramicidina* și *Tyrocidina*, extrase din culturile de *b. brevis*, care au fost aplicate cu oarecare succes în tratamentul local al infecțiilor, — precum și 3 substanțe izolate din *Pseudomonas piocianea*, cu acțiune asupra diferiților germeni. Din ciuperci s'au extras: *Actinomicine* din *Actinomicetes* și *Fumigacine* din *Aspergillus*; deasemenea și din *Penicilium* sau mai extras pe lângă *Penicilina* propriu zisă, și o *Penicilină B*, o *Notatină*, o *Penatină* și o *Patulină*, aceasta din urmă obținând un oarecare succes în tratamentul guturaiului. Toate aceste substanțe însă, atât cele elaborate de microbi, cât și de ciuperci, în afară de câteva întrebuințări locale (*Piocianaza*, *Gramicidina*, *Tyrocidina* și *Patulina*), n'au intrat în terapeutică, pe de o parte din cauza activității antibiotice reduse, iar pe de altă parte a toxicității însemnate față de protoplasma celulară. Singură *Penicilina A*, sau *Penicilina* propriu-zisă, pe lângă o putere bacteriostatică extrem de mare (chiar și la o diluție de 1/150.000.000), este în același timp complet lipsită de toxicitate pentru organism, depășind în acest fel, cu mult pe celelalte antibiotice, și câștigând un rol de primă importanță în terapia antimicrobiană.

Penicilina a fost izolată din filtratele culturilor de *Penicilium notatum* de către *Clutterbuck* și colaboratorii, prin extragere cu eter, trecere printr-o soluție bazică diluată și apoi evaporare. Principiul activ se obținea astfel sub formă de sare alcalino-teroasă. Mai târziu s'a introdus o metodă de izolare mai perfecționată, și anume cea prin „absorbție cromatografică”, prin care s'a ajuns la preparate din ce în ce mai pure.

Formula chimică brută a *Penicilinei*, stabilită de *Abraham* și colaboratorii pe o sare de Bariu a acesteia, ar fi: $C_{24}H_{32}O_{10}N_2Ba$. După *Catch* și colaboratorii, formula obținută pe o sare de Stronțiu ar fi: $C_{24}H_{34}O_{11}N_2Sr$. Pe lângă aceste săruri pe care s'a stabilit formula brută, mai sunt importante încă două săruri întrebuințate în terapeutică: cea de sodiu, higroscopică, pentru tratamentul parenteral, și cea de Calciu, nehigroscopică, pentru tratamentul local.

Structura chimică a *Penicilinei* nu o cunoaștem încă. Descoperirea ei este de o importanță capitală, deoarece ar putea permite fabricarea *Penicilinei* pe cale sintetică. Până în prezent fabricarea acestei substanțe prin extragere din culturi rămâne extrem de anevoioasă, iar industria din Statele Unite, Anglia și Canada, n'au ajuns s'o producă în cantități suficiente. Astfel, pentru extragerea a câteva grame de *Penicilină*, trebuiesc zeci de mii de kgrame de culturi pe medii speciale, iar metoda de izolare este destul de complicată.

Acțiunea *Penicilinei* asupra microbilor, este ca și a sulfamidelor, o acțiune „bacteriostatică”, prin oprirea reproducerii și slăbirea vitalității germenilor, care vor putea fi astfel mai ușor distruși de forțele de apărare ale organismului. Această acțiune se exercită la diluții extrem de mari (1/150.000.000 și chiar 1/250.000.000). Diluția însă, variază cu specia germenului penicilino-sensibil. Astfel, după Florey, acțiunea bacteriostatică se exercită la diluții foarte mari asupra următorilor microbi: gonococul, meningococul, stafilococul aureu, *b. antraxului*, *actinomicetes bovis*, *b. tetanic*, *b. welchii*; la diluții mai puțin mari ea se exercită asupra vibriionului septic, *b. oedematiens*, streptococul viridans, pneumococul și *b. difteric*.

Acțiunea bacteriostatică a *Penicilinei* este cu mult mai puternică decât a sulfamidelor. În același timp ea se exercită asupra mai multor specii microbiene decât acestea și chiar și asupra germenilor sulfamido-rezistenți. Pe lângă aceste avantagii, *Penicilina* îl mai are și pe acela de a fi complet lipsită de toxicitate pentru protoplasma celulară. Ea nu produce leucopenie ca sulfamidele, ci scade valoarea leucocitozei la normal prin vindecarea infecției. Nu produce nici anemie, ci din contră o revenire la normal în anemiile septice. Deci alături de o putere bacteriostatică extrem de mare, care diminuează vitalitatea germenilor. *Penicilina* mai are și calitatea de a lăsa neschimbate sistemele de apărare ale organismului. Un alt avantaj al *Penicilinei* față de Sulfamide este faptul că acțiunea sa nu este împiedicată de prezența puroiului, sângelui și detritusurilor celulare, putând fi astfel utilizată cu succes în tratamentul local al plăgilor infectate.

Alături de aceste avantagii, *Penicilina* mai prezintă și câteva inconveniente: În primul rând, posibilitatea producerii de germeni penicilino-rezistenți, atunci când dozajul este insuficient la începutul tratamentului. Această rezistență la *Penicilină* se explică prin producerea de către microbi a unor fermenți numiți de către *Abraham* și *Chain* „penicilinaze”. Acești fermenți sunt produși în cantitate mai mare de germenii penicilino-rezistenți dela natură, cum sunt *b. coli* și *paracoli*, dar pot fi produși în urma obișnuinței și de germenii penicilino-sensibili. Deci este important de reținut pentru terapeutică, pericolul doza-jului insuficient. Din fericire însă, microbii penicilino-rezistenți sunt sulfamido-sensibili, după cum cei sulfamido-rezistenți sunt penicilino-sensibili, ceea ce a făcut ca în practică să se utilizeze adeseori un tratament combinat cu cele două substanțe.

Un alt dezavantaj al *penicilinei* este eliminarea ei rapidă, în decurs de câteva ore (prin urină și diferite secreții), ceea ce aduce după sine necesitatea unei administrări în doze fracționate, la intervale regulate de timp (2—3 ore). Ori administrarea *Penicilinei*, —

și aici vine în considerare un alt inconvenient, — nu se poate face decât pe cale parenterală, deoarece introdusă pe cale digestivă (orală sau rectală), este distrusă atât de sucul gastric, cât și de flora intestinală.

Tot printre inconvenientele tratamentului cu Penicilină, trebuie să amintim și faptul că ea nu poate fi extrasă în stare pură, preparatele din comerț conținând abia 10—20% substanță activă. Deaceia de multe ori, după injecția de Penicilină se pot produce fenomene toxice, manifestate prin: frison, febră, cefalee și dispnee, care sunt datorite impurităților conținute de preparat și nu Penicilinei propriu zise.

Deoarece până în prezent nu s'au putut obține preparate pure de Penicilină, ea nu se dozează după greutate, ci după acțiunea sa biologică. Unitățile biologice sunt denumite unități „Florey“ sau „Oxford“, și măsoară acțiunea Penicilinei asupra mai multor tulpini de stafilococi penicilino-sensibili. O unitate ar reprezenta 0,6 gamma de penicilină chimic pură. Tehnica determinării activității biologice a unui preparat, diferă după diverși autori. (Fleming, Abraham, Wilson).

Diferitele preparate de Penicilină din comerț se găsesc în fiole conținând 5000, 10.000, 25.000 și 100.000 unități de Penicilină sub formă de sare de sodiu a acesteia, un praf galben-brun, ușor solubil în apă, care se disolvă în momentul întrebuițării în diluție de 1000—5000 unități pe cc. Fiolele de Penicilină închise, se pot păstra la întuneric și la gheață câteva luni, fără a-și pierde eficacitatea. Fiola însă, odată deschisă va fi utilizată în decurs de cel mult 24 ore.

Injecțiile se vor administra intramuscular sau intravenos, repetându-se la 2—3 ore, pentru a se menține o anumită concentrație în organism, și a se evita producerea de germeni penicilino-rezistenți. În acest scop, se poate recurge și la perfuzii intravenoase continue.

Pentru tratamentul local, se întrebuițează praf, alifie sau pastă, conținând sarea de calciu nehidrogrosopică a Penicilinei. Uneori aceste paste conțin Ca-Penicilina asociată cu diferite sulfamide.

Trecând la expunerea rezultatelor clinice obținute de autorii englezi și americani cu Penicilină, în care ne vom servi atât de publicații și statistici individuale cât și de rapoarte ale diferitelor comisii însărcinate cu investigații clinice asupra Penicilinei, va trebui să menționăm dela început că această substanță se află încă în faza de experimentare, iar numărul cazurilor publicate este insuficient pentru a se putea trage concluzii definitive asupra posibilităților pe care le oferă tratamentul cu Penicilină în diferitele infecțiuni. Totuși din observațiile comunicate până în prezent se poate constata că Penicilina, cu toate succesele strălucite obținute în unele infecții, este departe de a con-

stitui un mijloc universal de combatere a tuturor bolilor, părere care s'a răspândit la început.

Indicațiile terapeutice ale Penicilinei sunt asemănătoare cu ale Sulfamidelor și anume diversele infecțiuni microbiene. Rezultatele terapeutice însă, sunt cu mult superioare celor obținute cu Sulfamide: 1. procentul vindecărilor este mult mai mare, 2. vindecarea se produce mult mai rapid și este definitivă, 3. pot fi vindecate sau ameliorate chiar și infecțiuni care până la Penicilină nu se puteau bucura de un tratament eficient, și 4. prin aplicație locală se pot vindeca empieme, colecții purulente și plăgi infectate, ceea ce deasemenea nu s'a putut obține prin vre-un tratament medicamentos până la Penicilină.

Trecând în revistă pe rând diferitele infecții, vom avea:

1. *Infecții cu stafilococi* vindecate cu Penicilină în majoritatea covârșitoare a cazurilor, atât cele simple ca osteomielita cât și cele grave ca septicemii și pioemii. Astfel după o statistică a unei comisii americane (Keefer și colaboratorii) s'au obținut 109 vindecări din 137 cazuri de infecții stafilococice, și 54 vindecări din 91 cazuri de septicemii cu stafilococi.

2. *Gonoreea sulfamido-rezistentă*, cu foarte mici excepții este vindecată complet în 2 zile. Unii autori au obținut dispariția germenilor din secreție chiar și după 9 ore. In vitro Herrel a obținut distrugerea completă a gonococilor din secreție după 4 ore de contact cu Penicilina. După statistica citată mai sus din 129 gonorei sulfamido-rezistente, s'au vindecat toate și numai 4 au recidivat. Robinson din 95 de cazuri a avut un singur insucces.

3. În *meningita cerebro-spinală*, rezultatele sunt similare cu cele obținute în gonoree. Cazurile publicate însă, sunt puține, deoarece majoritatea meningitelor se tratează cu sulfamide.

4. *Infecțiile cu streptococi*, atât sub formă de septicemii și infecții grave, cât și meningite cu streptococi sulfamido-rezistenți, au putut fi vindecate într'un procent de peste 50% prin Penicilină (Garrod). Deasemenea și infecțiile cu streptococ viridans (endocardite și septicemii lente) au putut fi influențate în mod favorabil prin Penicilină, obținându-se oarecari ameliorări în câteva cazuri publicate de Keefer și Florey.

5. *Infecțiile cu pneumococi*, după statisticele americane publicate până în prezent, sunt vindecate într'un procent de peste 50%. Numărul de cazuri însă, este destul de redus, deoarece și pneumonia, ca și meningita cerebro-spinală se bucură de un tratament satisfăcător cu sulfamide. Alte infecții cu pneumococi ca meningite și empieme, au fost deasemenea vindecate prin Penicilină.

Este locul să amintim aici, că atât meningitele, cât și infecțiile peritoneale, pleurale și articulare cu

pneumococi, streptococi, stafilococi, gonococi și meningococi, necesită pe lângă tratamentul obișnuit, care nu asigură o difuzare a Penicilinei în cantitate suficientă în aceste cavități, și un tratament local, obținându-se în acest fel rezultate surprinzător de bune.

6. *Plăgile infectate.* Florey și Williams, tratând în mod comparativ 102 bolnavi cu plăgi infectate prin tratamente obișnuite, și alte 110 cazuri similare prin Penicilină local, au constatat că spre deosebire de plăgile tratate în mod obișnuit, la care durerea, supurația și impotența funcțională persistă aproape până la vindecarea plăgii, în cazurile tratate cu Penicilină, aceste fenomene dispar deja după prima aplicațiune, iar plaga devine complet sterilă. Pe lângă aceste avantagii, cazurile tratate cu Penicilină, s'au vindecat mai repede, necesitând în totalitate un tratament mai scurt cu 1000 de zile. Aceste constatări au fost aplicate cu mult succes de Florey și Cairns în tratamentul plăgilor de războiu (171 cazuri), a fracturilor osoase deschise, a traumatismelor craniene. În general, datorită faptului că după aplicarea locală a Penicilinei plaga devine imediat aseptică, s'a putut ajunge la tratarea unei plăgi infectate la fel cu o plagă aseptică, prin sutură primară. În plăgile profunde, se menține un dren de cauciuc prin care se spală plaga tot la 6—12 ore cu Penicilină (ca și în empieme). Plăgile mai recente erau vindecate într'un procent mare al cazurilor prin dispariția supurației. În cele mai vechi de o lună, tratamentul era mult mai dificil. Totuși și aici s'au putut obține unele rezultate favorabile. Christie pe o statistică de 117 răni infectate, confirmă constatările din statistica lui Florey.

S'a mai aplicat Penicilina și în gangrena gazoasă, obținându-se un deosebit succes, mai ales față de b. welchii și b. oedematiens. (Mc Intoch și Selbie, Cutten și alții).

Dozele întrebuințate în tratamentul cu Penicilină variază după autori. În general s'au administrat tot la 2—3 ore aproximativ 5000, 10.000, 15.000 u. după gravitatea infecțiunii, până la dispariția fenomenelor, după care se continuă cu doze mai reduse. Doza totală era în medie 100—200 mii de unități. În unele infecții grave cu stafilococ s'a ajuns chiar și până la 1.000.000 u.

Tratamentul local (meningite, empieme, plăgi), se va asocia întotdeauna la cel general, deoarece în acest fel este necesară o cantitate mult mai mică de Penicilină (30.000—50.000 u. pe zi).

În concluzie, tratamentul cu Penicilină a permis

să se trateze cu efecte surprinzător de bune infecții cari până acum nu beneficiau de astfel de vindecări: septicemii cu stafilococi, endocardite, gangrene gazoase și plăgi supurate, precum și infecțiuni care se tratau până acum cu sulfamide (infecții cu gonococi, meningococi și streptococi), unde însă Penicilina este superioară, atât prin procentul mai mare de vindecări, cât și prin obținerea acestora în mod rapid și definitiv.

Din nenorocire însă, până în prezent, tratamentul cu Penicilină nu se poate aplica pe o scară mai întinsă, deoarece metodele de izolare a Penicilinei din culturi sunt extrem de dificile.

După ultimele știri pe care le avem din America, a fost descoperită structura chimică a Penicilinei, și s'a reușit prepararea ei pe cale sintetică. Preparatul astfel obținut, în stare cristalizată, este complet lipsit de impurități, și își păstrează multă vreme eficacitatea, fără a necesita condiții speciale.

Sperăm că această descoperire va aduce după sine producerea industrială în masă a acestei substanțe, precum și posibilitatea de a putea orice bolnav beneficia de această cucerire a terapiei moderne.

BIBLIOGRAFIE

1. *Balș*: Studiul și alegerea subst. chimioterapeutice (Rom. Med. Nr. 3 (1944).
2. *Balș*: Practica chimioterapiei antimicrobiene (Buc. 1944).
3. *Crăciun*: Prototipul biologic al sulfamidelor: Penicilina (Rom. Med. 3, 1944).
4. *Fleming*: Penicillin (ref. Schw. Med. Wschr. Nr. 17, (1944).
5. *Herrell, Couk und Thomson*: Penicillin bei sulfonamid rezistenter gonorrhoe (ref. Schw. Med. Wschr. nr. 15, 1944).
6. *Kise*: Chemotherapie mit antibacteriellen stoffen aus niederen Pilsen und bacterien (Klin. Wschr. 22, 1943).
7. *Penicillin in der infektionsbehandlung* (ref. Schw. Med. Wschr. Nr. 6, 1944).
8. *Penicilina, patulina și micoinele* (Rev. Șt. Med. Nr. 7—12, 1944).
9. *Rieben*: Penicillin, Eigenschaften und klinische Erfahrungen (Schw. Med. Wschr. Nr. 23, 1944).
10. *Robinson*: Toxicitatea și eficacitatea Penicilinei (ref. Rev. Șt. Med. 1944).
11. *Robinson*: Penatina (idem).

CLINICA DE BOLI CONTAGIOASE

Director: Prof. Dr. Gavrilă

Medicina Populară în județul Arad

de

Dr. Nicolae Cotoi
medic igienist

Introducerea și familiarizarea noțiunilor și denumirilor științifice medicale în popor, cere timp mai îndelungat, deaceia se impune ca o obligațiune medicului oficial și mai ales practician să cunoască, nomenclatura populară a diferitelor boli precum și mijloacele empirice de vindecare a acestora, aceasta din următoarele motive: Pacientul dela țară manifestă mai multă încredere față de cei ce sunt familiarizați cu nomenclatura și procedeele de vindecare empirică, astfel se explică că acesta recurge mai întâi în cazuri de îmbolnăvire la diferite persoane cari se ocupă cu medicina empirică ilicită; apoi cunoscând limbajul medical popular se pot mai ușor da explicații în aplicarea diferitelor procedee de tratament și în fine prin cunoașterea tratamentelor empirice dela țară se poate interpreta unele simptome supraadăugate boalei produse de aplicarea acestora și se va putea cu mai multă eficacitate combate mijloacele de tratament dăunătoare; întrucât înlăturând cauza se combat efectele — sublata cauza tollitur effectus.

Tendința și obligația noastră a medicilor este, de a răspândi noțiunile medicale și de a face educația igienică a populației dela țară, astfel realizând însemnate progrese pe tărâm medical și igienic care va avea ca urmare excluderea din practica medicală a persoanelor nechemate, clandestine, care profitând de ignoranța țăranului subminează sănătatea acestuia.

Pentru sistematizarea descrierii vom împărți bolile și tratamentul acestora pe regiuni sau domeniu de specialitate.

Bolile de piele. Intre aceste boli cea mai răspândită este *buba*, care poate fi de mai multe soiuri:

Buba dulce (impetigo) se tratează cu alifii pregătite casnic; astfel se pregătește o alifie din mazăre prăjită pe cuptor care se macină și se amestecă cu grăsime de porc; sau se pregătește alifie din piatră acră sau piatră vântată cu smântână; iar alții folosesc ulei cu care se ung pieșele de mașină. Mai este apoi *buba neagră* sau *vântată* ori cum spune alții *mierie* (antrax) a cărei tratament se confundă cu tratamentul buboaielor, iar în unele părți se tratează prin introducerea în beșica acesteia cu ajutorul acului un fir de ață neagră. O frecventă afecțiune de piele este *buboiul* (furunculul și flegmonul) pe care se pun frunze, de podval, de varză, măruș lupului, spânz, comprese cu urină și chiar fecale, ori alții pun slănină și în preajma coacerii se pune ciapă coaptă în foc — pe jar — dar se mai obișnuiește a se face o pastă din făină cu smântână un fel de aluat numit: *aluătel* care se aplică pe buboai. Tot în acest domeniu intră *negii* care se

tratează cu un suc ce se scurge din planta numită *laptele câinelui*, sau se procură dela farmacii *apă tare*.

Pistruii se tratează prin descumarea pielii în care scop se folosesc frunze crude de frăgar — dud — înmuiate în lapte cari se aplică seara la culcare pe față.

Plăgile tăiate sau contuze sau *ranele* după nomenclatura populară generală se tratează prin aplicare de frunze de rug, măruș lupului, de crini, de iarbă de sece-riș și de o plantă numită „vindec”, se mai aplică pe răni, var, pânză de păianjen și cărbune pisat. Se aplică în unele părți pe răni și îndeosebi pe ectime un fel de bube de spurcat, cenușă de pânză de in sau cânepă. Poate să se ivească pe piele și o bubă rea numită *ariciu*, sau *rac* (cancer) la care se folosește cele arătate mai sus la bube sau buboai.

Tot între bolile de piele intră la țară și *gâlbănarea* (icterul) care se tratează aci în județul Arad prin sângereare produsă prin tăierea rastului dela ureche sau în frunte; care constă în o incizie în formă de cruce la rădăcina nasului sau la lobul urechii și în fine este apoi *mâncărimea* (răia, scabies) care se tratează prin alifie de puciosă dela farmacii, iar complicațiunile prin alifie de piatră vântată cu smântână, iar în unele părți se folosește zeama de frunze de steregoaie sau stegia, mai numită și macrișul calului, cu care se spală pe corp.

Blânde (urticaria) nu se tratează fiind considerate ca urmare a vremii (noros), alții le pun în legătură cu alimentația și folosesc curățenie (purgative) cu sarea amară. Incepe și la țară să înțeleagă că bolile de sânge se manifestă și pe piele, apoi în gură și în gât, pentru vindecarea cărora în unele regiuni se folosesc fumigațiuni cu argint viu (mercur), iar la complicațiunile șancrului moale numite *dube* (bubon) se folosesc cele arătate la buboai.

Pentru a rămânea în cadrul domeniului de specialitate vom arăta așa cum se apreciază la țară o boală lumească mai deasă numită *scurgere* (triper, blenoragie, sculament), care de regulă are o origine cu totul nevinovată (inocentă) primită de regulă în somn, sau prin urinare contra vântului sau prin un coit forțat, sau incomplet, iar tratamentul acesteia se face prin ceaiuri sau zeamă de pătrunjel de câmp, ori se bea cretă pisată (măcinată) în bere, iar după unii chiar sticlă pisată în bere, ori gândăcei pisați în rachiu, dar azi de frica urmărilor acestor boli lumești și a complicațiunilor acestora, bolnavii se arată medicilor și se supun unui tratament rațional sistematic și științific.

Boli de ochi. Intre bolile de ochi cea mai frecventă este aprinderea, căreia îi zic *urbanț*, apoi mai este *carnea rea* (pterigionul) și *albeața* (leucoame) provenite din loviri și cataracta care este tot o *albeață* înăuntrul ochiului și mai este o altă boală zisă, *peri răi în ochi* (blefarita), toate aceste boli se tratează cu apă caldută și se procură colir dela farmacie, iar perii rii se extrag de către femeile dextre fie cu instrumente sau cu vârful limbii.

Boli de urechi. Aci avem mai deasă *curgerea urechii* (otită medie purulentă), care provine după judecata țărânului din o coptură produsă în cap și care se tratează prin turnarea în ureche din zeama rezultată din fierberea unei plante numită; urechiușca, sau se toarnă în ureche ulei de floarea soarelui cald, ori ceai de muștel.

Boli de dinți. Dinții stricați se tratează cu introducerea în găurile dintelui (carie) de tămâie, ori usturoiu, tutun sau alte esențe alcoolice pregătite acasă ori procurate dela farmacie.

Boli de nas. Intre bolile survenite la nas este *orbanul* sau *bubă* în nas și guturaiul, cari se tratează de predilecție prin fumat cu lăsarea fumului pe nas.

Boli interne. În acest domeniu intră *bolile de plămâni*, unde poate fi *aprindere de plămâni* (pneumonie) la care se folosește ștergar ud adecă comprese reci, iar intern se dă zeamă de porumb și ovăș fiert, un fel de ceai indulcit cu miere de stup, ori poate fi *boală uscată* sau *hectică*, la care se folosește pentru tratament miere de stup din luna Maiu și chiseliță de tărâțe (borș), o altă boală numită *nădușeală*, la care se folosește abureală cu flori de fân uscate. *Boli ale inimii*, sunt numite în general cu denumirea de *sgârciu la inimă*, care se tratează cu cafea neagră (beutură). *Boli ale cavității abdominale*, în cari intră *durerea sau sgârciul de stomac*, *aprinderea de stomac* sau *rânză* și *ariciul sau racul de stomac*, toate acestea se tratează cu diferite soiuri de rachiuri ca de ex., rachiu de ariciu, iar unii beau piatră vântată disolvată în rachiu sau vinars. O altă boală obișnuită la țară este *ruptoarea* (diarea) care poate fi și cu sânge (dizente-

rie), care se tratează cu diferite rachiuri, ceai din coajă de stejar (gorun), ori cu miez de castană sălbatecă zdrobit în apă. Boala mațului orb (apendicita se tratează cu ștergar ud, comprese reci) și intervenție la spital. *Durerea la rărunți*, reprezintă în mod obișnuit afecțiunea denumită: lumbago, a cărei tratament este: căldură, fricțiuni, foi de muștar, cărămidă caldă și trasul mușchilor dela șale (masaj). O boală care înglobează toate organele abdominale este: *huluiala* (ptoza) cre reclamă intervenția necondiționată a unor femei, mai ales, care se ocupă cu trasul (masajul) abdomenului și punerea la loc a organelor mișcate dela loc. Această operațiune este atât de înrădăcinată în mentalitatea țărânului, încât dela mari distanțe se prezintă la aceste femei cari îi supun la masaje puternice (dureroase) în reprize, după cari intervențiuni destul de costisitoare, se consideră satisfăcuți și sănătoși pe un interval de timp.

Boli epidemice. Intre boli epidemice figurează diferitele *vârșături* ca: de *primăvară* (pojar), de *vânt* (varicela), apoi *cozacul* (scarlatina) și *lungoarea* (febra tifoidă), apoi *buba în gât* (difteria), cari se tratează prin ceaiuri calde, gargară cu apă sărată, cu petrol și prin sederea la căldură pentru a putea să se exteriorizeze vârsatul care în caz contrar intră în lăuntru la inimă și cauzează moartea.

Noțiunile menționate mai sus sunt culese din mijlocul poporului și le-am adunat (și înmănunchiat) spre a le pune la dispoziția celorla, pe cari îi interesează viața și sănătatea țărănilor noștri.

Societăți Medicale

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE CLUJ.

Sedința din 10 Noemvrie 1945.

(Prima sedință la Cluj după cinci ani de refugiu).

Prezidează: Profesor Dr. I. Gavrila — Vice Președinte.

Cuvântul Vice-președintelui.

Doamnelor și Domnilor,

Sunt foarte onorat că în lipsa D-lui președinte al Societății, Dl prof. Dr. M. Sturza, îmi revine mie deosebita cinste de a prezida, în calitate de vicepreședinte, această sedință inaugurală.

După 5 ani de refugiu la Sibiu în sfârșit Societatea noastră poate să-și continue aci firul întrerupt al activității sale în Sept. 1940.

Însă acești 5 ani n'au fost ani de inactivitate pentru Societate, din contră în tot acest timp Societatea a dezvoltat la Sibiu o activitate din cele mai intense, deși la sosirea noastră acolo condițiile de muncă nu erau prea prielnice. Cu toate acestea Societatea noastră și-a continuat activitatea în cetatea Sibiului fără să se resimtă prea mult de evenimentele din Sept. 1940.

Imprejurările au făcut ca în timpul șederii noastre la Sibiu să avem plăcerea de a colabora și de a cunoaște mai bine pe colegii noștri dela Facultatea de Medicină

din Iași, cu cari am aranjat acolo câteva ședințe comune. Să sperăm că această colaborare va continua și de aci înainte după ce cele două Facultăți au revenit la vetrele lor.

Se cuvine astăzi, când ne-am reîntors la căminul nostru să ne reamintim și să evocăm memoria membrilor Societății noastre, pe cari iam pierdut în timpul acestui refugiu și anume: prof. Minea, prof. Drăgoiu, prof. Zolog, D-na prof. Baroni, asistentul Munteanu, pentru cari vă rog să păstrăm un minut de tăcere.

Astăzi când am revenit acasă se mai cuvine să ne aducem aminte de toți colegii noștri medici dela Sibiu, cari ne-au primit acolo în 1940 cu toată dragostea și ne-au dat întreg concursul lor în tot timpul șederii noastre la Sibiu. Le trimitem de aci cu această ocazie mulțumirile noastre.

Cu sedința de azi Societatea noastră își reia activitatea cu aceeași dragoste de muncă, cu care a activat dela înființarea ei aci la Cluj, din anul 1920 până în 1940, apoi cum a activat și la Sibiu.

Intr'adevăr cu foarte mare plăcere ne aducem aminte de toate ședințele Societății noastre, ținute aci la Cluj, în fiecare a doua sâmbătă și vă mărturisesc că eu unul fac parte din aceea, cari n'au lipsit aproape dela nici o sedință. Cu multă plăcere parcă re trăiesc acum toate ședințele Societății, ținute în acest amfiteatru sau în vechiul amfiteatru al Cliniceii Medicale I, la cari măeștri

noștri și elevii lor se întreceau cu verva lor în expunerea conferințelor și comunicărilor prezentate aci în fața noastră.

În afară de aceasta am ascultat la Societatea noastră foarte mulți măiestri ai medicinei dela celelalte Facultăți din țară sau din străinătate, toate aceste ocazii constituind zi de sărbătoare pentru noi.

Ședințele Societății noastre au fost frecventate de oți medici din acest oraș indiferent de naționalitate. Colegii noștri minoritari au fost invitați și au participat la ședințele noastre fie făcând ei însăși comunicări și conferințe, fie ca simpli auditori, ceea ce sunt mărturie procesele verbale a ședințelor. Astfel că pe teren medical noi medicii am încercat deja de mult să facem înfrățirea între toți medicii din acest oraș indiferent de origine etnică. Dacă în această încercare a noastră am reușit numai în parte, asta n'a fost din cauza noastră, ci din cauza unor elemente șovine, cari au vrut să mențină spiritul șovin și pe teren medical.

Astăzi când revenim la Cluj invităm din nou pe toți colegii noștri din acest oraș, indiferent de origine etnică, la colaborare, să participe la ședințele noastre, pentru că aci singura preocupare este expunerea adevărului științific.

Nu pot încheia aceste câteva cuvinte introductive fără a vă exprima mulțumiri D-Voastră tuturor participanților la această ședință, unde ne găsim în număr atât de mare și să-mi exprim regretul că președintele nostru lipsește dintre noi.

Conf. Dr. I. G. Rusu și V. V. Papilian: Noi cercetări experimentale asupra sistemului presor-depresor.

Prof. I. Hațieganu: Un caz de Dermato-miozită (apare în articol).

Prof. Dr. Titu Vasiliu, regretă că s'a făcut biopsia din mușchiu, acea făcută interesând numai pielea cu țesutul sub-cutan, pe care a examinat personal.

D-sa arată că asemnat în țesutul subcutan pe lângă edem, leziuni importante vasculare, a căror interpretare crede D-sa că aduce o lumină prețioasă a celor două leziuni dermice și musculare. Leziunile găsite sunt acelea ale unei endarterite cu puține caractere de periarterită, care este în măsură să explice leziunile eventuale și probabile ale musculaturii, prof. Vasiliu fiind unul dintre acei ce nu ezită să creadă că leziunile primitive sunt cele arteriale, probă fiind că ele sunt în țesutul conjunctiv și nu numai eventual în focarele de miozită. Ca și în tromb angeite, gangrena se explică prin leziunile arteriale iar nu gangrena explică leziunile arteriale. Este dispus a interpreta cazul, drept leziuni reumatismale arteriale, cari au dus la tabloul polimorf cel de dermato-miozită, prin diferite mecanisme patogenetice și cauzale. D-sa arată că în ultimii ani a avut ocazia de multe ori la Societatea Științelor medicale cât și la cea de Reuniune Anatomică să demonstreze leziunile arteriale în diferite organe, cari de multe ori nu lăsau îndoiala, că este vorba de o afecțiune generalizată a vaselor și numai secundar leziuni a diferitelor organe: inimă, rinichi, edem ale feței, claudicație intermitentă. D-sa merge până a afirma că în cazul acesta este vorba de afecțiuni combinate arteriale, cutanate și musculare, produse de un complex reumatic de focar.

Prof. Dr. I. Hațieganu și Dr. O. Fodor: Toxiinfecția alimentară în masă cu tabloul clinic al poliradiculitei.

Discuție. Prof. Hângănuș și Dr. I. Opreanu cari comunică observațiile clinice Balneologice în această privință.

Prof. Dr. I. Hațieganu și Dr. A. Faur: Pubertate precoce cu nanism și obezitate de natură ipofizo-hipercortico-suprarenală în legătură cu un caz clinic (apare în articol).

La discuție iau parte: Prof. Grigoriu și Dr. I. Petrescu.

Prof. Dr. Titu Vasiliu și Dr. Tache Costache asistent. Rectita și perirectita infiltrativă. (Boala lui Nicolas-Favre).

Autorii arată că în România, boala lui Nicolas-Favre, este destul de des întâlnită, mai cu seamă formele veneriene. Experimentul și din punct de vedere etiologic, s'au ocupat în special Ionescu-Mihăești, St. Nicolau, Mesrobianu, iar cu sindrômul rectitelor V. Dimătriu și Stoia I. la Cluj fiind primul caz studiat ce se comunică. Este vorba de o femeie de 49 ani, țărăncă, casnică, transpusă dela clinică Medicală I-a la clinica Chirurgicală pentru a fi operată de tumoră abdominală. Bolnavă de 1½ ani, cu dureri difuze abdominale, scaune diareice sanghinolente, dureri renale, micțiuni frecvente și tumefierea picioarelor. Scade cu 30 kg. în greutate. Tușul rectal pune în evidență o mucoasă ulcerată sângerândă și condiloame perianale. Rectoscopic C. c. sigmoidian la limita operabilității. Radiologic, strictură deasupra ampulei rectale sub formă de canal pe o lungime de 30 cm., mobilă rigidă, și se face dg. de Sigmoidită retractilă și perisigmoidită Tens. art. 24—11 (V. L.). R. B. W. negativă. Laparotomie exploratoare stabilinduse diagn. de Sigmoidită retractilă. Stare generală rea, febricitază și sucombă în colaps periferic.

Anatomo-patologic se găsesc următoarele leziuni:

1. Tromboza arteriolelor pulmonare. Miodegenerescența inimii. Ficat mare toxic. Nefroză renală cu corticala îngroșată, galbenă și puncte hemoragice în parenchim. În cec și colon 1000cmc. puroiu verzui. Colonul descendent, sigma și rectul învelite într-un manșon grăsos de 4 cm. grosime, ce se întinde pe lungimea corespunzătoare leziuni mucoasei intestinale. În lumina intestinului se văd stricturi, dilatări și ulcerări pe o distanță de 35 cm. Microscopic lipsa mucoasei la nivelul ulcerărilor, infiltrație limfocitară și plasmocelulară a întregului perete. Focare de histiocite mari și plasmocite, tablou corespunzător celui din boala lui Nicolas-Favre. Se exclude sifilisul, tuberculoza și tumorile.

Dr. Pascu Teodor. Sindromul neuroanemic în anemia pernicioasă.

Sub denumirea de Funiculare spinalerkrankung (Spiel Meyer), sau „Sindrom al fibrelor lungi“ (Dérjérine), este încadrat un sindrom nervos observat în anemia pernicioasă. Sub forma ușoară este întâlnit în 80% din cazurile de anemie pernicioasă. Formă gravă, cuprinde: tipul cordonal posterior, (Lichtheim), imitând un tabes, tipul cordonal lateral, imitând scleroza în plăci și tipul transvers semănând cu o compresiune medulară. Sunt tipice leziunile de degenerescență a cilindrășilor, uneori a celulelor nervoase, iar mai rar leziuni de nevrită periferică.

Cazul prezentat se încadrează în tipul mixt cu caractere de tabes și de scleroză în plăci, fiind tratat câteva ani ca o entitate morbidă neurologică de specialiști neurologi.

Clinica Medicală I. obține remarcabile rezultate printr-un tratament polivalent, de ficat crud, fierț, transfuzie de sânge, acidol, pepsină și vitamină B. I.

Prof. Dr. Gh. Popovici — Dr. Horincaru: Prezentarea unui caz de dermato-miozită la copil.

Sedința din 24 Noembrie 1945.

Sedință comemorativă pentru 100 ani dela nașterea lui Röntgen și 50 ani de raze Röntgen.

Prezidează: Profesor Dr. I. Gavrilă — Vice Președinte.

Dr. P. Târlea, Dr. V. I. Traian: Sifilis terțiar întins cu oftalmie sifilitică.

Un plugar de 63 ani, căsătorit, care se internează în clinica Dermato-Venerică pe data de 10 Noembrie crt.

În antecedentele familiare nimic important. Deosemena în antecedentele personale.

Manifestațiunile cutanate, pentru care se internează în clinică au debutat acum 7 luni la nivelul frunții, procesul grefându-se și pe ochi, încât de 3 luni bolnavul și-a pierdut vederea.

La examenul obiectiv constatăm că bolnavul, slăbit, apatic, prezintă leziuni cutanate simetrice, localizate pe față, pielea păroasă a capului, pleoape, nas, regiunile suprascapulare, pectorale și regiune presternală. Tabloul clinic este predominat de placarde întinse cicatriciale, roz-albicioasă, netede. La periferia lor se observă leziuni active tubero-ulcero-serpiginoase, sub forma unei borduri elevate care descriu forme de rinichi, de trifoi etc.

Leziunile dela nivelul regiunii sprâncenoase se întind și asupra pleoapelor, producând distrucția celor superioare prin niște ulcerări întinse, roșii-brune, care imprimă o stare de lagoftalmie. Conjunctivele sunt uscate, îngroșate iar corneea de ambele părți, este sediul unor ulcerări cu o opacifiere completă.

Seroreacțiile pozitive ne confirmă diagnosticul clinic de sifilis terțiar, cu sifilide tubero-ulcero-serpiginoase întinse și cu o oftalmie sifilitică.

Pe lângă raritatea relativă a formelor terțiare, infecțiile sifilitice în mod obișnuit, dau manifestațiuni localizate și restrânse în această perioadă. În cazul nostru, caracterul distructiv al procesului se manifestă atât prin suprafețele întinse, cât și prin distrugerea neobișnuită a organului vizual, dând această oftalmie sifilitică.

Dr. P. Târlea, Dr. A. Opreș, Dr. I. V. Traian: Poikilodermie tip Iacobi.

Este vorba de un plugar în vârstă de 18 ani, necăsătorit, care a fost internat în noastră la data de 14 Nov. 1945.

În antecedente nimic de semnalat, iar în ceea ce privește istoricul afecțiunii pentru care ne consultă, ea datează din copilărie, fără să fie însoțită de fenomene subiective sau de vreo alterare a stării generale. Bolnavul remarcă faptul, că la traumatisme se produceau sângeri prelungite.

La examenul clinic, se constată o dermatoză generalizată, caracterizată prin teritorii întinse care cuprind față, gâtul, urechile, părțile laterale ale trunchiului și extremitățile sup. și inf. în întregime, dând un aspect pestriț tegumentelor. Manifestațiunile cutanate, sunt reprezentate printr-un număr enorm de mare de teleangiectazii punctiforme și arborescente, dela roșu-viu, la cea mai închisă nuanță violacee. Al 2-lea element, foarte numeros, îl constituie niște papule mici, cornuase, roz-roșiatice, având o scuamă aderentă, albicioasă pe suprafața lor. Aceste leziuni numite papule inițiale, au fost descrise de școala franceză și în general ele se observă destul de rar la această afecțiune. Se observă și pigmentațiuni punctiforme și mai mult reticulare, în locurile rețetelor astfel formate de teleangiectazii și pigmentațiuni, tegumentele prezentând o vădită atrofie, care ca aceste teritorii să fie puțin denivelate și să permită încrețirea ușoară a tegumentului.

La examenele de laborator s'a stabilit o ușoară eozinofilie și o pronunțată trombocitopenie, pe lângă prelungirea a timpului de coagulare.

Cazul nostru, se încadrează, în tabloul clinic rar, numit Poikilodermie și anume, dintre numeroasele varietăți, în forma descrisă de Iacobi în 1908 sub denumirea de Poikilodermia vascularis atrophicans.

Etiopatogenia afecțiunii, nu este clarificată și în general admitându-se o disfuncție endocrino-simpatică cu participarea glandelor suprarenale, tiroidă, paratiroidă și glandele sexuale.

În cazul nostru n'am putut pune în evidență nici un moment etiopatogenic, în schimb, remarcăm prezența unui număr foarte mare de leziuni papuloase inițiale descrise de Gougerot în 1923 și confirmate de Nicolau care imprimă caractere neobișnuite tabloului clinic.

Dr. P. Târlea, Dr. A. Opreș, Dr. V. I. Traian: Psorază vulgară cu localizare palmo-plantară.

Copilul S. M. în vârstă de 10 ani, intră în Clinica Dermatologică la 23 Nov. crt.

Afecțiunea lui a debutat înainte cu 5 ani, prin apariția unor leziuni scuamoase pe palmele mâinilor. De 2 ani, observă apariția unor leziuni similare, și pe plantele picioarelor, iar cu un an în urmă, se prezintă o descuamație și la nivelul pielei păroase a capului. De câteva săptămâni, pentru prima dată dela debutul boalei, apar leziuni și la nivelul organelor genitale.

La examenul obiectiv, un copil bine dezvoltat, prezintă o afecțiune cutanată, localizată în mod perfect simetric pe palme și pe plante, iar, într-o măsură foarte redusă, la nivelul scrotului și în dreptul genunchiului stâng.

Fenomenele clinice, sunt mai pronunțate la nivelul palmelor, sub formă de placarde, bine delimitate, cu alterațiuni profunde ale tegumentelor. Predomină, o masă de scuame albe, sîdefii, stratificate, întrerupte prin niște fisuri. Ele sunt aderente și se detașează prin fărâmițarea lamelor scuamoase. Se pune în evidență, o peliculă sub-scuamoasă aderentă care, dă loc unor hemoragii punctiforme, la o detașare forțată a ei. La baza acestor scuame există un eritem și un edem exprimat. Leziuni similare mici, localizate în unghiul peno-scrotal și în dreptul articulației genunchiului stâng. La nivelul plantelor leziunile sunt dispuse în placarde care ocupă și plicile inter-digitale.

Tabloul clinic, reprezintă o psoriază vulgară, localizată aproape exclusiv, la nivelul palmelor și plantelor, ceea ce constituie o raritate dermatologică.

Prof. Dr. M. Hângănuț: o sută de ani dela nașterea lui Röntgen, cincizeci de ani raze Röntgen. — (Conferință) apare în articol.

Prof. Dr. L. Daniello — Dr. N. Bumbăcescu — Dr. C. Anastache: Curabilitatea spontană a supurațiilor pulmonare cronice.

Dr. Șt. Hărăguș și Dr. A. Faur: Importanța examenului radiologic al arterei pulmonare în legătură cu un anevrism și o scleroză secundară a acestui vas.

Prezintă în fața D-voastră două radiografii menite să sublinieze rolul extrem de important pe care îl are examenul radiologic în diagnosticul afecțiunilor arterei pulmonare, a cărei explorare directă nu este posibilă.

Prima radiografie aparține unui bolnav în vârstă de 42 ani, care în urmă cu 18 ani, a avut o infecție luetică incomplet tratată. În prezent reacțiunile biologice, pentru sifilis sunt pozitive.

De doi ani acuză dureri sub formă de junghiuri cu caracter permanent în ambele fose supra-claviculare și în regiunea precardiacă. Aceste dureri se exacerbează la efort fizic și uneori, — mai ales în timpul din urmă, — în cursul nopții. În ultimile luni se instalează o dispnee de efort, care se accentuează progresiv până la internarea în clinică.

La examenul clinic al inimii se constată o matitate absolută mărită în ambele sensuri, dar ceea ce atrage imediat atențiunea examinatorului este o bombare a extremităților anterioare a spațiului II și III intercostal stâng, neanimată de pulsațiuni, care s'a dezvoltat încet în ultimii doi-trei ani și asupra căreia se percepe un suflu sistolo-diastolic cu proapagare spre clavicula stângă și apendicele ifoid. La focarul aortic, un suflu diastolic cu caracter aspirativ. T.A. = 16—4 V.—L.).

Cu diagnosticul de insuficiență aortică-luetică și anevrism al crossei aortei, bolnavul este trimis la examenul radioscopic unde se constată, în poziție sagitală, o bombare pronunțată a arcului mijlociu stâng, iar în O.A.D. o dilatare mare anevrismală a acestui arc, mai manifestă decât în poziție sagitală sau decât se poate observa pe radiografie, animată de pulsații net vizibile, în timp de aorta mai opacă, cilindrică, se poate urmări separat.

Ca diagnostic diferențial radiologic se poate discuta într'un anevrism al aortei ascendente, dezvoltat spre stânga, eventual perforat în artera pulmonară, — așa după cum au avut ocazia să observe două cazuri Hângănuț și Moga, — și un anevrism al conului arterei pulmonare. Acest diagnostic diferențial este de cele mai multe ori delicat, încât Bordet se mulțumește să vorbească în asemenea cazuri numai de un „anevrism al arcului mijlociu“.

Luând însă în considerare că traectul aortei se poate urmări radioscopic destul de bine, dar mai ales faptul că un anevrism aortic dacă produce o bombare a peretelui toracic, aceasta are loc la dreapta sternului și numai în mod excepțional la stânga lui, (în cazurile de anevrisme ale părții terminale a crossei, care însă nu intervine în acest diagnostic diferențial), credem că este vorba în

cazul nostru de coexistența unei insuficiențe aortice Hodgson cu un anevrism al arterei pulmonare.

Al doilea film provine dela o bolnavă în vârstă de 47 ani, care acum 20 ani asuferit de o pleurezie stângă, apoi de o pneumonie stângă, iar după 2 ani a prezentat o tuberculoză pulmonară cavitată stângă, pentru care se institue și se întreține timp de doi ani un pneumotorace.

Dela această dată, adică de aproximativ 18 ani, tușește, expectorând o spută puțin abundentă, prezintă uneori ascensiuni febrile și face congestii pulmonare repetate până în luna Noemvrie a anului trecut, când acestor acuze li se adaugă o senzație de balonare post-alimentară, o dispnee la efort din ce în ce mai accentuată, edeme retro-maleolare, o cefalee frontală care survine aproape exclusiv spre orele de dimineață și o colorație albastră a extremității cefalice, mai ales a buzelor.

La examenul obiectiv bolnava, — în ortopnee, — prezintă o matitate în jumătatea superioară a ambelor hemitorace, cu o respirație înăsprită și cracmente uscate la acest nivel. Asupra inimii se percepe o accentuare a zgomotului al doilea pulmonar. Ficatul de stază, depășește rebordul falselor coaste cu trei laturi de deget. Ede-me pretibiale discrete.

Date fiind antecedentele pulmonare vechi ale bolnavei, insuficiența ventriculară dreaptă, dar mai ales cianoza extremității cefalice, se poate presupune o scleroză secundară a arterei pulmonare. Nu trebuie însă să pierdem din vedere că sunt cazuri, — rare, este adevărat, — când acest tablou clinic al „cardiacului negru“ izolat de Ayerza, nu apare în legătură cu o suferință a arterei pulmonare, după cum nu toate leziunile acestui vas se însoțesc de sindromul lui Ayerza. De aceea și în cazul nostru, în lipsa unei hipertensiuni venoase manifeste (15 Claude), diagnosticul de certitudine ni l-a dat examenul radiologic.

Radioscopic se constată o tuberculoză pulmonară fibro-nodulară bilaterală și o bombare pronunțată a arcului II pulmonar, mai ales în O.A.D., animată de bătaii vii. În plus, în O.A.S. se observă, mai bine decât pe această radiografie, căci este situată mai mult posterior, o aderență pleuro-meadiastinală care interesează peretele arterei pulmonare, tracționându-l.

Diagnosticul diferențial radiologic nu poate fi discutat decât într-o distensiune a A.P. datorită tracționării produse de această bridă și o scleroză secundară a acestui vas. Se știe însă că o tracțiune a A.P. de către o bridă nu se traduce clinic prin nici un simptom, astfel încât diagnosticul de scleroză secundară a A.P., presupus numai la examenul clinic, devine unul de certitudine în urma examenului radiologic.

Am ținut să prezentăm aceste două radiografii atât pentru faptul că anevrismul A.P. trece printre afecțiunile într'adevăr rare ale aparatului cardio-vascular, cât și pentru a arăta că, dacă uneori suferința A.P. poate fi presupusă în urma examenului clinic, siguranța și precizarea diagnosticului afecțiunilor acestui vas nu ni le poate da decât examenul radiologic.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu — Dr. C. V. Antonescu — Dr. E. Mihalca: Un caz de boala lui Calvé-Legg-Perthes (demonstrat cu documente radiologice).

Comunică un caz de boala lui Calvé-Legg-Perthes la un copil în vârstă de 5 ani. Radiografiile executate nu numai a întregului bazin ci și a articulațiilor genunchilor, a articulațiilor gâtului mâinilor, precum și a ambe-

lor regiuni tarsiene, demonstrează că la acest copil în afară de semnele radiologice caracteristice a afecțiunii numite „coxa plana” sau „osteochondrita deformantă juvenilă” bilateral, ci și semnele unui scorbut infantil vindecă și a unui rachitism tardiv. Luând în considerare că este încă controversată și bazându-se pe diferitele ipoteze cari ar putea explica boala „coxa plana”, autorii iau în considerare — la acest caz — scorbutul infantil care determină turburări vasculare și rachitismul tardiv care este o afecțiune tipică de osificare insuficientă. În sprijinul diagnosticului, autorii prezintă radiografiile necesare.

La discuție ia parte: *Dr. Prăgoiu, Dr. Nichita, Prof. Popoviciu.*

Prof. Popoviciu propune o ședință în care să se discute problema sifilisului.

Prfo. Hațieganu arată că problema este mult prea vastă pentru a se putea discuta într-o singură ședință, deaceia propune ca *Dr. Popovici* să comunice doar observațiile în legătură cu specialitatea D-sale.

Ședința din 8 Decembrie 1945.

Prezidează: Profesor *Dr. I. Gavrila* — Vice Președinte.

Victor Gavrila și Aurel Aug. Cosma. Un caz de Ileită terminală perforată.

Este vorba de un bolnav în vârstă de 23 ani de profesiune agricultor, care în ziua de 10 Oct. 1945 a fost operat de urgență prezentând fenomene de peritonită generalizată. La deschiderea peritoneului se evacuează un lichid galben verzui purulent cu miros de coli care are aspectul unui lichid provenit dintr-o perforație intestinală. Explorând ileonul se constată că porțiunea terminală este edematiată iperemică, cu pereții îngroșați, duri, fără suplețe cu aspect cartonat. Cecul este fixat prin bride și aderente cu vecinătatea, apendicele este retrocecal, intramural, dur, sclerosă având aspectul unui proces cronic. La 15 cm. de valvula ileocecală se constată o perforație de mărimea unui bob de linte cu marginile necrotice. Se procedează la o sutură transversală în 3 straturi aplicându-se drenaj Mikulitz.

Mersul postoperator este surprinzător de bun. Se face reacția Weil-Felix, Widal, Frei și Wassermann care sunt negative. Hemocultura este negativă. Bolnavul părăsește clinica vindecă, urmând a reveni după trei luni pentru apendicectomie. Autorii prezintă acest caz fiind vorba de o afecțiune rară și care de cele mai multe ori nu reușește să fie diagnosticată decât pe masa de operație.

În Clinica Chirurgicală din Cluj în ultimii 25 ani s'au prezenat 6 cazuri de ileită terminală. Un caz de ileită acută benignă s'a rezolvat prin apendicectomie; 2 cazuri de ileită cronică manifestate sub formă de ileus s'au vindecă prin ileo-transversostomie; 3 cazuri de ileită terminală cu perforație dintre care două tratate prin sutură, unul sucombat, iar altul vindecă și al treilea rezolvat prin fistulă Witzel urmat în timpul II operator de rezecție ileală și colectomie dr., ceace înseamnă o mortalitate de 17%.

Discuție. *Prof. Dr. I. Gavrila* relevă importanța cazului din punct de vedere diagnostic în special cu perforația lefică.

Dr. V. Iliaș și Dr. E. Cosma: Ileusigmoidian prin strangulare apendiculară și volvulus.

Conf. Dr. A. Moga, Dr. I. Florescu, Dr. P. Ciurdariu: sindrom splenoanemic cu cardiomegalie.

Autorii prezintă o asociație morbidă curioasă de sindrom splenoanemic cu cardiomegalie.

Este vorba de bolnava B. E. de 55 ani care la examenul clinic prezintă anemie pronunțată, splenomegalie leupenie și un cord enorm.

Tratamentul medical făcut (hepatrat, transfuzii sanguine, cardiotonice, Vitamina B. 1., tratament antilueic) n'a dat rezultat durabil. Din această s'a recurs la splenectomie. Tratamentele instituite anterior intervenției au rămas fără efect asupra diametrelor cordului. Splenectomia însă a readus silueta cardiacă aproape la normal, fapt care dovedește legătura strânsă între cord și afecțiunea splenică.

Reducerea diametrelor cardiace atât de pronunțată și atât de rapidă (17 zile) arată că la baza cardiomegaliei n'au fost leziuni anatomice grave, ci probabil o infiltrație edematoasă a mușchiului cardiac, așa cum se întâlnește în mixedem, Beri-Beri, sindrom endocrino-epato-cardiac, cari se reduc după tratament cu extract de tiroidă, vitamina B. 1., injecții I. V. de cortină.

Splenectomia face să dispară infiltrația edematoasă probabil prin modificări în metabolismul apei, în metabolismul mineral (calciu, potasiu) și în glandele cu secreție internă (tiroidă, ficat, hipofiză). În cazul nostru metabolismul bazal a fost normal.

Toate aceste observațiuni cărora le adăugăm și cazul nostru se pot încadra în sindromul clinic descris de *Laubry* și elevii săi sub numele de *miocardie*.

În concluzie este vorba de o miocardie probabil de origine splenică.

Dr. I. Prăgoiu: Contribuția razelor Röntgen în dezvoltarea patologiei osoase. (Conferință).

Prof. Dr. E. Teposu, Dr. P. Bruda, Dr. T. Berariu: anurie calculoasă de 5 zile, pe rinichi solitar stâng.

Anuriile calculoase se întâlnesc rar în serviciile spitalicești.

Anuriile calculoase pe rinichi solitar, pot fi considerate ca adevărate curiozități clinice. Cazul nostru e util ca să fie cunoscut atât pentru felul norocos în care a putut fi rezolvat, cât și pentru problema spinoasă pe care o ridică din nou intervențiile chirurgicale în litiaza renală. Având în vedere că bolnavul a fost nefrectomizat abea în anul 1939, pentru pionefroză calculoasă dreaptă și că abea după 6 ani a făcut o recidivă pe rinichiul opus, ne îndreptățește și mai mult ca să fim partizanii intervenției conservatoare, deoarece litiaza renală fiind o boală de organism nu putem ști nici odată surpriza pe care ne-o poate face congenerul opus.

Bolnavul N. I. etate de 46 ani, de profesiune antreprenor din Satu-Mare.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: la 7 ani scarlatină, la 12 ani difterie, la 18 ani și la 25 ani șancru moale, iar la 40 de ani este operat pentru pionefroză calculoasă dreaptă, făcându-se nefrectomie dreaptă. Consumă alcool și fumează. Tot timpul a urmat un regim alimentar mixt.

Boala actuală: a debutat în anul 1941 cu dureri surde de caracter profund localizate în lomboi stângă cu iradieri spre flancul stg., fosa iliacă stg., și regiunea hipogastrică. Durerile apăreau mai ales după efort, au fost însoțite totdeauna de tulburări urinare, manifestate prin polachiurie, cu cantitate redusă de urină eliminată în timpul durerii, pentru ca la dispariția fenomenelor dureroase, cantitatea de urină eliminată să fie mai mare. Starea aceasta, intercalată de perioadă de acalmie, ține până în Octombrie 1945, când după un efort, face o criză dureroasă lombară stg., cu iradieri în lungul ureterului stg., spre vezică și care a ținut 2—3 ore, decând se transformă într-o durere surdă difuză. Tulburările urinare de această dată s-au manifestat prin senzația micțiunii imperioase, fără însă ca bolnavul să poată urina spontan. Prin aplicarea sondajului vezical nu se obține urină. Fenomenele acestea au durat 3 zile, în care timp starea generală a bolnavului se alterează, pierde în greutate are dureri de cap, grețuri, este inapetent și cu acest tablou clinic se internează în serviciul nostru.

Examenul clinic general: este vorba de un bolnav de statură mijlocie, cu tegumentele și mucoasele palide, țesutul muscular și adipos ușor diminuat, temperatura 36,6 grade, puls 79 pe minut, respirația 18, tensiunea arterială 16—10 V. L. Cord și pulmon normal, la fel conformația abdomenului, ficatul puțin mărit, splina nu se palpează. Sensoriu clar, pupilele static și funcțional normale. Reflexele osteo-tendinoase păstrate.

Examenul organelor urinare: pune în evidență o cicatrice de lombotomie în loja renală dreaptă, lungă de 15 cm. La palparea regiunea nu este sensibilă. Loja renală stg., prezintă sensibilitate subiectivă și obiectivă, semnul Goyena pozitiv. Se palpează un rinichi mărit de volum și sensibil. Prostata și veziculele seminale sunt normale, meatul și uretra libere.

Examenul de laborator: analiza urinei nu s-a putut face. Urea în sânge preoperator 1,86 grame la mie.

Tratament preoperator: întrucât după administrare de diuretice, antispasmodice, introducere sub tensiune de lichid intravezical, anestezie paravertebrală, etc., nu reușim ca să provocăm diureza, din care motiv se decide intervenția operatorie pe care o executăm în a 5 zi de la instalarea anuriei.

Operația: se face lombotomia stg., cu rezecția coastei a 12-a. Grăsimea pararenală, sub tensiune, aderă intim de capsula propriu zisă a rinichiului. Rinichiul de aspect globulos mărit, de culoare ușor violacee se detașează din țesutul puternic de perinefrită sclero-lipomatoasă și se decapsulează. Se evidențiază ureterul care are grosime și consistență normală. Cam la 1 cm. de bazinet prin palparea se simte o rezistență de mărimea unui bob de porumb. Detașăm la acest nivel ureterul din țesutul de periureterită și facem o incizie de 1 cm. lungime la nivelul rezistenței de unde extragem un calcul mic, rotund și de mărimea unei treimi până la o jumătate cm. Drenăm loja renală cu 2 tuburi și 2 meșe iar în rest se închide plaga parțial plan cu plan. Pansament. Operația se execută în anestezie locală.

Evoluția și tratamentul post operator: în primele 24 ore după operație bolnavul este agitat și febril, temperatura oscilează între 38—39 grade, puls accelerat 98 pe minut. Pansamentul și lenjeria de pat sunt puternic înundate cu urină, iar în ziua 2-a urinează spontan 500 cmc.

urină hematurică. Se administrează glucoză cu eufilină și cardiotonice, iar local se fac pansamente superficiale. În ziua 3-a temperatura scade la 36,5 grade bolnavul devine liniștit, pulsul normal bine bătut și diureza se ridică la 2000 cmc. în timp de 24 ore. Scaun numai după elismă. Se continuă tratamentul cu glucoză și eufilină. Bolnavul este alimentat numai cu suc de fructe și lichide. Local se fac pansamente superficiale cu luxarea meșelor. În zilele următoare starea generală se menține bună, bolnavul este afebril, pulsul normal, are micțiuni spontane diureza bună, cantitatea de urină variază între 1200—1500 cmc., cu tendința de clarificare. Controlul postoperator al ureei din sânge marchează o scădere la 0,85 grame la mie iar apoi 0,43 gr. la mie. Apare pofta de mâncare bolnavul trece de la regimul de lichide treptat la piureuri și alimente mai consistente. Local se fac zilnic pansamente cu suprimarea succesivă a tuburilor de drenaj, se înlocuiesc meșele până se ajunge la suprimarea lor. În ziua 15-a după operație, bolnavul părăsește patul într-o stare generală bună diureza cu urină clară se menține între 1200—1500 cmc. urină. Local plaga se pansează superficial fără drenaj. Părăsește clinica în a 21-a zi după operație, necesitând 2—3 pansamente superficiale.

În cazul nostru tratamentul medical preoperator; administrare de diuretice, antispasmodice, distensia vezicii făcută cu o cantitate mare de lichid pentru a provoca reflexul vezico-renal, anestezia para-vertebrală, nedând nici un rezultat, iar starea bolnavului fiind excepțional de gravă, tratamentul chirurgical a fost acela care prin ridicarea calculului inclavat a îndepărtat atât obstacolul cât și punctul de plecare al spasmului vascular care a provocat anuria pe cale reflexă.

Al. Ciplea: Raportul de activitate a Societății pe 1945.

Împlinind un an de la alegerea sa, Comitetul Societății Științelor Medicale prezintă Onoratului Plen Darea de seamă asupra activității Societății pe anul 1945.

Legată de Facultatea de Medicină din Cluj, Societatea noastră a urmat-o, cu cel mai fidel devotament, și în vremurile bune și în cele rele, constituind — am putea zice — tribuna științifică de manifestare în public a membrilor Facultății; primind, totodată, în sânul său, cu aceeași dragoste, și pe cercetătorii din afară de Facultate și dându-le posibilitatea de a-și face cunoscut rodul muncii lor științifice.

Anul 1945 a fost unul dintre cei mai grei ani pe care a avut să-i parcurgă, în drumul său, societatea noastră. Mai bine de jumătatea anului și-a desfășurat activitatea în Sibiul refugiului nostru, unde s-au ținut 11 ședințe ordinare. Ultimele 3 ședințe s-au ținut la Cluj. Dar, cu toată starea de incertitudine care a ținut cea mai mare parte a anului trecut, cu toate dificultățile legate de închiderea clinicilor și institutelor la Sibiu și greutatea punerii lor în funcțiune la Cluj, ședințele societății noastre, oglinda spiritului de cercetare și muncii pline de abnegație a bătrânilor și tinerilor facultății, au avut un program îmbelșugat și de înaltă calitate și au fost frecventate peste orice așteptări. Astfel, în cursul celor 14 ședințe s-au făcut 69 de comunicări și prezentări de cazuri, repartizate pe clinici și institute în felul următor: 14 Clinica Dermatologică; câte 7, Clinicile Medicală I, Medicală II, Infantică și Boli Contagioase; câte 4 Cl. Chirurgicală și Cl. Urologică; câte 3, Cl. ORL, Neuro-Psihiatrică, Gynecolo-

gică, Inst. Anatomie descr., Anatomia Patologică; câte 2, Cl. Balneologică, Inst. de Fiziologie și Inst. Farmacologie; câte 1, Cl. Ftiziologică, Oftalmologică și Inst. de Cancer. Alte 5 comunicări au fost făcute de către colegi din afară de Facultate. În programul ședințelor noastre ordinare au mai intrat, și următoarele conferințe: 1) Prof. Kernbach: Între medicina individualistă și medicina socialistă. 2) Prof. Kernbach: Crize, critici și tendințe în medicină. 3) Prof. Stoichiția: Orientări noi în profesiunea medicală. 4) Prof. Bologa: Medici români ardeleni la universități streine. 5) Prof. Hângănuț: 100 ani dela nașterea lui Röntgen. 50 ani raze Röntgen. 6) Dr. Prăgoiu: Contribuția razelor Röntgen în dezvoltarea patologiei osoase.

Insistăm asupra faptului că în cursul anului expirat, din cauza întreruperii cursurilor Facultății, cel puțin o parte din studenți au găsit în ședințele societății noastre puțința de a-și apropia cunoștințe științifice, precum și-au putut întipări conștatarea că știința, indiferent de conjuncturile economice, politice sau sociale, cu pași mai mari sau mai mici, merge înainte.

Revenirea la matca așezării noastre firești ne dă prilejul ca, privind în urmă cei 5 ani de activitate petrecuți în refugiu, să tragem, odată cu constatările faptice și anumite învățăminte. Condițiunile grele și insuficiențele pe care le-a avut de întâmpinat Facultatea la Sibiu, au făcut ca Societatea noastră -- mai ales în timpul ultimilor doi ani, sub președinția Domnului Prof. Sturza, — să încerce să-și creeze un suport material activității sale. Astfel, grație neobositei activități a Domniei Sale, Societatea a ajuns în posesiunea materialului necesar demonstrațiilor, aparatelor trebuincioase secretariatului pentru scrierea și multiplicarea programelor, și-a început achiziționarea mobilierului și a pus baza unei biblioteci medicale, prima sa bibliotecă organizată. Este natural că nu s'a făcut ceva nou, ci s'a făcut așa cum de mult există la Societățile marilor centre medicale din străinătate. Sprijinul neprecupețit al unor instituțiuni ca Banca Națională a României, Fundația Stănescu, Societatea de Telefoane, au făcut posibilă realizarea acestui vechiu desiderat al societății noastre.

Credem că, ajunși la Cluj, va trebui să intensificăm eforturile noastre, pentru ca societatea să poată ajunge la un local propriu, în care să funcționeze o bibliotecă bine pusă la punct și provăzută, în primul rând, cu literatura medicinei generale. Suportul material va mai da puțința apariției în optime condițiuni a revistei noastre Ardealul Medical, absolut necesare și care se luptă cu greutate din cele mai mari.

Cele aproape 350 de comunicări făcute la Societatea noastră în ultimii 5 ani, cei mai grei din istoria sa, precum și valoarea lor deosebită, arată că aportul științific al societății este un ce real, care și-a câștigat deja creditul lumii științifice.

Poate, cu timpul, societatea noastră va ajunge în plăcuta situație de a putea ajuta și prin mijloace materiale la facilitarea muncii științifice a încurajării și a recompensării sale.

Ședințele pe care societatea noastră le-a organizat la Sibiu, cu participarea membrilor Facultății de Medicină Iașene, atunci refugiați la Alba Iulia, ne-au demonstrat că ideea organizării lor a fost excelentă, iar profitul foarte mare. Pentru viitor, societatea noastră va trebui să stea în fruntea inițiativelor de cunoaștere și colaborare

cu celelalte centre științifice medicale din țară. Nu numai apariții sporadice la ședințele noastre, ci ședințe organizate în comun, un schimb de publicații și cărți, vor realiza în viitor cunoașterea temeinică a străduințelor medicinei științifice din întreaga țară. Căci este incalificabil faptul ca, puținele centre ce le avem, să-și ignoreze munca lor, săvârșită în condițiuni așa de vitrege, pentru fiecare în parte. Cunoșcându-ne nu va fi nevoie să mergem totdeauna prea departe, găsind chiar în umilele laboratoare și clinici din țara noastră documentația de care avem nevoie.

Este natural că, atâta timp cât mijloacele de locomoțiune vor lipsi, realizarea ședințelor comune va fi grea. Va fi însă posibil schimbul de literatură medicală română.

Dacă, după un timp, mijloacele materiale ale Societății noastre vor fi suficiente, se va putea trece la editarea de către Societate a unor lucrări, atât în limba română, cât mai ales în limbi streine. Până atunci societatea va trebui însă să se îngrijească de plasarea lucrărilor interesante în revistele streine.

Am adunat în cei cinci ani de refugiu ai Societății noastre o bogată activitate științifică, am câștigat experiența necesității suportului material și a colaborării cu centrele științifice medicale din țară.

Noi vedem ca o necesitate de viitor a societății noastre, continuarea acestor eforturi, pentru a ajunge la aceea ca ea să reprezinte nu numai un for de expunere, ci și de stimulare, încurajare și recompensare, un punct de trainică legătură cu restul științei medicale românești și de peste hotare.

Comitetul Societății își exprimă profundul regret de a nu-l putea avea aici pe președintele său, d. Prof. Sturza și îi urează mulți și fericți ani.

Totodată exprimă felicitările sale altor doi membri ai săi, foști mult timp președinți, chemați acum la catedre la Facultatea de Medicină din capitala țării, D-nii Profesori Urechia și Grigoriu.

Societatea mai elogiază munca deosebită, desfășurată la Cluj de către membrii săi rămași aici în cursul celor cinci ani, în care timp au continuat să evidențieze, prin exemplele lor, înaltul nivel științific al medicinei române clujene.

Iar pe Dy, onorat Plen, Comitetul Vă roagă să binevoiți a-i da descărcarea pentru activitatea anului 1945, primind demisiunea lui.

Di vicepreședinte al Societății își exprimă regretul, că Di prof. Dr. M. Sturza președintele societății n'a putut participa la această ședință de dare de seamă și propune trimiterea Dlui Prof. Sturza a unei scrisori de mulțumire din partea Societății, ceea ce adunarea aprobă cu în-sufletire.

Di vicepreședinte mulțumește membrilor din comitet pentru munca depusă în interesul societății, deasemenea mulțumește tuturor comunicatorilor, conferențiarilor și participanților la ședințele societății noastre. După aceea prezintă demisia comitetului și roagă adunarea să propună alegerea unui nou comitet.

Di prof. Veluda, în numele adunării, mulțumește comitetului pentru activitatea intensă desfășurată în anul expirat și propune ca președinte al viitorului comitet pe Di Prof. Dr. Ion Gavrilă, ca unul care s'a interesat foarte de aproape de societatea noastră.

Adunarea generală în unanimitate primește această propunere.

Dl Prof. I. Gavrilă acceptă să fie președintele Societății în anul viitor, mulțumește pentru această cinste deosebită ce i se face și promite că va lucra cu aceeași râvnă pentru progresul Societății ca și până acum.

Va prezenta lista noului comitet în ședința viitoare.

REUNIUNEA ANATOMICĂ ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE PATOLOGICĂ PATOGENEZĂ.

Ședința din 1 Martie 1945.

Prezidează: PROF. Dr. TITU VASILIU

Profesor Dr. Rubin Popa: Considerațiuni asupra cancerului uterin juvenil.

Autorul arată că deși cancerul uterin este una din tumorile mai bine studiate și cunoscute, se fac greșeli de interpretare a proceselor colului uterin, cc. uterin fiind neglijat mai ales la femeile tinere. Acest lucru este explicabil ținând cont de faptul că frecvența maximă a cancerului uterin este un apanaj al vârstei dintre 40—45 ani, fapt prea bine cunoscut; este însă regretabil, întrucât uterul putând fi îndepărtat fără prea mari prejudicii și dată fiind posibilitatea unui diagnostic precoce ca și marea frecvență a cancerului uterin mai ales a porțiunii vaginale, care este ușor accesibilă examinării. Cancerele acestui organ sunt acele în cari se obțin cele mai frecvente vindecări, în urma unui diagnostic precoce și a unui tratament potrivit.

Analizând materialul de laborator al Institutului de Anatomie Patologică și al Institutului de Cancer din Cluj-Sibiu, constată că din cele 284 de examinări biopsice făcute de acele instituturi la Sibiu, în 9 cazuri era vorba de cancere ale porțiunii vaginale la femei sub vârsta de 30 ani și anume:

2 la 25 ani, 2 la 27 ani, 2 la 28 ani, 1 la 29 ani și 2 la 30 ani.

Procentual numărul de cazuri de cancere sub 30 ani în materialul examinat revine la aproape 4,5, cifră care concordă cu cele date de alți cercetători, este însă mult inferioară procentului de 24 pe care îl dă Parabucev pentru cancerele uterine survenite între 29—30 ani la Moscova. Menționează însă faptul că Parabucev arată o paralelă între creșterea avorturilor și a cancerului uterin precum și a răspândirii mijloacelor anticoncepționale de ordin chimic. Analizând sub aspect morfologic-microscopic aceste 9 cazuri, autorul constată că 4 din ele sunt formate din celule nediferențiate sau puțin diferențiate, 4 sunt spinocelulare și unul mixt bazo- și spinocelular. Găsește apoi procesul de autoliză celulară foarte pronunțat, cariochinezele celulare numeroase și atipice; reacțiunea stromatică în toate cazurile evidentă și pronunțată, stroma fiind abundent infiltrată cu limfocite, celule plasmatice și polinucleare neutrofile. Într-un singur caz găsește o infiltrație masivă aproape exclusiv cozinofilă. Morfologic aceste cancere juvenile ar fi deci caracterizate prin o mai mare frecvență a formelor nediferențiate cu caracterele de malignitate mai pronunțate, fapt care se suprapune observației clinice care arată o evoluție mai rapidă în general la cancerele tinerilor. În același timp însă și

reacția de apărare stromatică este mai pronunțată, fără însă ca din morfologia ei să poată conchide asupra vreunui criteriu de ordin prognostic. Dată fiind apariția în vârstă tânără a acestor cancere — în literatură se găsesc cazuri publicate începând dela vârsta de 7 luni (Bum) — autorul crede a nu greși atribuind în geneza lor mai mare importanță factorului ereditar decât factorilor adjuvanți locali (cicatricele colului post-partum, procesele inflamatorii iritative, procesele hiperplazice precanceroase, sechelele infecției sifilitice) cari survin mai frecvent la o vârstă mai înaintată și al căror efect cancerigen este condiționat de o durată îndelungată.

În concluzie autorul conchide că vârsta tânără nu constituie un impediment pentru apariția unui carcinom uterin (mai ales la porțiunea vaginală), ci că din contră, dată fiind posibilitatea vindecării acestor cancere, este indicat ca toate leziunile suspecte ale porțiunii vaginale indiferent de vârstă la cari survin, să fie examinate cu toată atenția și mijloacele moderne de diagnostic (colposcopie și la nevoie examen histologic) cancerul la vârsta tânără fiind mai frecvent decât se crede și un diagnostic făcut la timp putând fi salutar într-un caz dat.

Profesor Dr. C. C. Velluda, Conf. Dr. I. G. Russu, Drd. V. V. Papilian: Contribuțiuni la studiul absorbției cutanate (note preliminare).

În privința absorbției cutanate, pentru soluțiile nevolatile, ca și pentru substanțele solide, nu este demonstrat nici mecanismul și nici posibilitatea de absorbție. Majoritatea autorilor neagă orice posibilitate de absorbție tegumentară, stratul cornos intact constituind o barieră de netrecut.

Întrucât contribuția celulelor cu funcțiune pexică (sistemul reticulo-endotelial) nu a fost luată în considerație și prea puțin s'a studiat rolul stratului chimic care acopere epiderma, ca și al glandelor sebacee, sudoripare, tecilor și foliculilor piloși, autorii au experimentat la epuri prin simplă badijonare timp de șase zile cu o suspensie de carmin (0,40 gr.) în vaselină (10 gr.), găsind în secțiunile histologice, luate după sacrificarea animalelor, vehicularea carminului prin spațiul din jurul firului de păr în glandele sebacee. S'a mai constatat prezența de carmin în derm în cantitate mai abundentă la animalul normal ca la cel cu părul îndepărtat (smuls).

Mai interesantă este însă prezența de multiple granulațiuni de carmin între elementele celulare ale corpuscului sensibil al lui Paccini. Cum cercetările sunt în curs și rezultatele incomplete, nu se pot trage concluzii definitive, făcându-se deocamdată numai simpla constatare de mai sus.

Discuții: Dl Profesor Marius Hângănuț vede în cercetările autorilor o importantă problemă pentru balneoterapie.

Dl Profesor Marius Sturza găsește deosebit de importantă constatarea că celulele corpusculilor Paccini au funcțiune reticulo-endotelială și că sistemul R. E. participă la fenomenul absorbției cutanate. D-sa acordă problemei un interes mare practic.

Dl Profesor Victor Papilian subliniază ca un fapt deosebit de important punerea în evidență a proprietăților de coloidopexie a elementelor din corpusculii senzitivi ai lui Paccini. Nimeni nu cunoaștea funcțiunea reticulo-endotelială a acestor celule.

Profesor Dr. Titu Vasiliu, Dr. T. Spătaru, Drd. Tudor Colbazi: Tumoare paratiroidiană cu sindrom osos a Boalei lui Recklinghausen (243 A.).

Autorii prezintă piesele unui caz unde s'a putut stabili existența unui sindrom osos *v. Recklinghausen*. Acest caz este primul studiat în literatura română, în toată literatura cunoscându-se numai 360 cazuri. Cazul provine din Clinica Chirurgicală (Prof. Dr. Al. Pop). O femeie de 33 ani se internează cu fracturi multiple a femurelor și o fractură, diagnosticată radiologic, a osului iliac. Radiografia nu a arătat chiste și tumori caracteristice boalei lui *v. Recklinghausen*. La autopsie s'a constatat o tumoare a paratiroidiei mare cât lobul tiroidian, cu structură histologică tipică. Histologia oaselor deasemenea a arătat o fibroză mădulară cu osteoclaste din cele mai caracteristice pentru boala lui *v. Recklinghausen*. (Va apare „in extenso” ca articol).

SOCIET. ȘTIINȚIFICĂ A COLEGIULUI MEDICAL BACĂU.

Ședința din 11 Septembrie 1943.

N. I. Zaharia și Eugenia Străchinescu: Câteva aspecte ale epidemiei de febră tifoidă.

În a doua jumătate a anului 1942, orașul Bacău a fost sediul unei masive epidemii de febră tifoidă. Majoritatea cazurilor au fost internate în Secția Medicală a Spitalului „Pavel și Ana Cristea”, unde au fost sub îngrijirea noastră. Marele număr al bolnavilor și varietatea cazurilor ne-au sugerat ideea de a studia în chip sintetic aspectul clinic al bolii în cursul acestei epidemii; studiul ne dădea în același timp și oarecari lămuriri asupra epidemiei însăși.

Iată rezultatul observațiilor noastre. Ele sunt numai parțiale înfățișând latura clinică a problemei, având în vedere că posibilitățile noastre de studiu au fost limitate de împrejurări numai la examenul clinic curent al bolnavilor.

Câteva date epidemiologice. 1. În tot cursul epidemiei (Iulie—Decembrie) au fost internați în Pavilionul de Izolare al Secției, 81 bolnavi de febră tifoidă. Epidemia a numărat însă fără îndoială un număr mai mare de cazuri, căci o parte din bolnavi au fost izolați și tratați la domiciliu.

2. Cele 81 de cazuri repartizate pe luni, se distribuie astfel: Iulie 8, August 20, Septembrie 30, Octombrie 16, Noiembrie 6, Decembrie 1. Numai în decursul lunilor August, Septembrie și Octombrie s'au internat 66 cazuri.

Scăderea numărului cazurilor și încetarea epidemiei a fost datorită vaccinării în masă a populației, începută la 25 Septembrie.

3. Din cei 81 de bolnavi, 39 au fost bărbați și 42 femei, deci o proporție după sexe sensibil egală.

Repartizarea după vârstă, cazurile se prezintă astfel:

Vârsta	B.	F.	Total
5—10 ani	2	1	3
11—20 „	32	13	45
21—30 „	4	13	17
31—40 „	—	11	11
41—50 „	1	2	3
51—60 „	—	2	2
	39	42	81

Din studiul tabloului putem observa că pe când bărbații, în majoritatea cazurilor (34 din 39), sunt sub 20 ani, la femei re-

partiția se face mai omogen, boala predominând între 10—40 ani. Această deosebire se datorește evident faptului că bărbații (în marea majoritate) sunt vaccinați antitific dela vârsta de 20 ani (perioada militară), ceea ce duce la o scădere bruscă a incidenței morbidității dela această vârstă în sus.

Vârsta predilectă a bolii se arată a fi între 10—20 ani (45 cazuri din 81), marea majoritate fiind distribuită între 10—40 ani (90%).

4. Este evidentă apariția bolii mai cu seamă în rândurile populației nevoiașе, în special din cartierele mărginașе ale orașului. Iată cum s'au repartizat cazurile după categorii profesionale: Muncitori, lucrători 27; Casnică (femei, copii) 30; Elevi 12; Funcționari 5; Militari 1; Copii de trupă 1; Învățătoare de igienă (cursiste) 5.

DATE CLINICE: 1. *Curba termică* a fost numai rareori conformă cu descrierile clasice (cu fazele de: oscilații ascendente, platou, amfiole, oscilații descendente și durata bolii de 30—40 zile). Astfel de curbe tipice au fost observate în 18 cazuri, deci o proporție de numai 29%. La 5 dintre bolnavi variațiile termice mari ale stadiului amfibol au lipsit complet, iar la unul din aceste cazuri (6), căderea a fost bruscă amin-tind criza pneumoniei. În 9 din cazuri perioada febrilă a bolii a fost scurtată la 12—18 zile. În cazurile 7 și 32 febra a îm-brăcat un caracter intermitent, iar în alte două cazuri (4,5) a fost cu totul neregulată.

2. *Aparatul cardio-vascular.* Bradicardia relativă, destul de caracteristică febrei tifoide, a fost prezentă numai în 50,6% din cazuri; 43,2% din cazuri au prezentat pulsul concordant cu febra. Numai în 5 cazuri curba pulsului a depășit pe cea a temperaturii în cazul 61 bolnava era o hipertiroidiană, fără ca acest fenomen să fie datorit vre-unui proces miocarditic (curbă simpaticotonică).

În 8 cazuri (9,8%) s'a observat un plus dicrot.

Miocardita tifică, complicație, a fost semnalată la 5 bolnavi, dintre care 3 au sucombat. O labilitate a pulsului cu tachicardie persistând după căderea temperaturii și trădând un grad redus de miocardită, a fost observată la 12 bolnavi (15%).

Flebita safenei interne, ca complicație, a fost observată în două cazuri: No. 10 (la membrul inferior stâng) și 81 (bilaterală). Dăm în rândurile de mai jos un succint rezumat al ultimului caz:

Bolnava Virginia B., de 33 ani, gravidă în luna doua, se internează la 29 August 1942 în spital în a treia săptămână a bolii. Starea generală bună. Câteva macule lenticulare pe abdomen. Febra a avut oscilații neregulate între 38°—39° la început, între 37°—38° mai apoi, timp de 21 zile. Hemocultura negativă la 2 și 8 Septembrie. La 6 Sept., Widal intens pozitiv 1/200 pentru tific. Ureea în ser (7. IX.) 0,30. Nimic anormal în urină (la 4 și 25. IX.).

La 13 Septembrie, fenomene de congestie a ambelor baze pulmonare, focar pneumonic la baza dreaptă (suflu tubar, expectorație sanguinolentă). Fenomenele congestive se amendează în decurs de o săptămână.

Odată cu apariția pneumoniei bazale (13. IX.) apare flebita membrului inferior drept cu caracterele tipice de flegmatia alba dolens. Peste 10 zile, flebita membrului inferior stâng. Oedemele masive au persistat apoi neschimbate cu toate tratamentele încercate; bolnava părăsește spitalul la 1 Decembrie în aceeași situație.

La 9 Aprilie 1943 bolnava naște la Maternitate un copil la termen; nu se semnalează nimic anormal în cursul nașterii în afara unei rupturi de perineu de gradul II. La 3 zile după naștere oedemele membrelor inferioare dispar rapid și complet. În total, oedemele au persistat în acest caz 7 luni.

Din informații ulterioare se pare că oedemele au revenit totuși după 2—3 săptămâni dela naștere. Deci ce infecția tifică localizată pe vase a dat infecția flebitică, iar sarcina a menținut mecanic oedemele timp îndelungat, stofa peretelui vascular a ajuns suficient de precară pentru a duce la turburări circulatorii locale cronice.

În 11 cazuri (13,6%) s'a semnalat un epistaxis mai pronunțat. În cazul 60 hemoragia nazală a fost caracterizată printr-o abundență și o frecvență neobișnuită; ea a fost însoțită de purpură pronunțată, generalizată la tegumentele trunchiului, acesta din urmă datorită unei toxicoze capilare (capilarită toxico-infecțioasă, probabil specifică tifică). Este singurul caz de acest gen observat de noi în febra tifoidă unde pare a se întâlni rar, spre deosebire de tifusul exantematic unde se întâlnește relativ frecvent.

3. *Aparatul respirator.* Bronșita care conținea ca un simptom frecvent al febrei tifoide, nu am găsit-o la bolnavii noștri decât într-o proporție de 38,2%.

Dintre complicațiile localizate la acest aparat am notat numai congestia pulmonară la 14 bolnavi (17,3%), la 5 din acestea localizată bilateral.

4. *Aparatul digestiv.* Limba saburală în centru și roșie, curată pe vârf și margini am găsit-o numai în 35,8% din cazuri; restul bolnavilor au prezentat un aspect sabural necaracteristic.

Numai în 51,8% din cazuri s'a notat diareea descrisă în tratatele clasice, cu un număr de 2—4 scaune moi pe zi. Constipația a fost prezentă la 21% dintre bolnavi, restul bolnavilor au avut scaune normale.

Abdomenul a fost meteorizat, timpanic, în 37% din cazuri. Dintre acestea s'au recutat cele 3 cazuri de perforație intestinală.

Am găsit sensibilitate dureroasă netă în groapa iliacă dreaptă numai în 32% din cazuri, iar ghiorăituri ileo-cecale (stază cecală) am observat la 49,4%.

Dintre complicații, hemoragia intestinală a fost notată în 5 cazuri (19, 20, 33, 35 și 72), deci o proporție de 6,17%. În primele 3 cazuri ea a fost fatală.

Trei dintre bolnavi au suferit prin perforație intestinală (cazurile 47, 59 și 77). Procentaj: 3,7%. Accentuăm cu acest prilej asupra insidiozității peritonitei tifice: fenomenele peritoneale cel mai ales lipsesc. Punem mare bază pe: căderea bruscă a febrei, accelerare a pulsului meteorismul timpanic abdominal foarte pronunțat și progresiv, ajungând să acopere matitatea hepatică. Celelalte semne: durerea, vărsăturile, sughițul, oprirea scaunelor, sunt foarte prețioase însă apar rar și tardiv.

Într'un singur caz (72) am observat ca complicație parotidită bilaterală, complicație rară pe care ne-am obișnuit a o vedea mai frecvent în cursul tifusului exantematic. A fost vorba de o parotidită simplă, catarală care apoi în curs de 10 zile a cedat complet, fără supurație. Bolnavul acesta a mai prezentat în același timp și hemoragii intestinale ușoare și în urmă și congestie pulmonară.

5. *Splina* a fost găsită mărită palpatoric în 43,2% din cazuri și numai la percție în 28,4%.

6. Am observat *pete roze lenticulare* la 38,3% din bolnavii noștri. În unele cazuri ele au fost particular de abundente, apărând în puseuri succesive.

7. *Sistemul neuro-psihic.* Stare tifică caracteristică nu am observat decât la 8 bolnavi, deci o proporție de 9,8%. Alți 5 bolnavi au prezentat delir calm. În 3 cazuri (15, 45, 48) am notat semne de iritație meningeală.

Cazul 4 a evoluat cu o stare maniacală tipică.

Încă dela începutul internării, bolnava Simona W., de 19

ani, prezenta o stare euforică; apoi tabloul clinic se completa treptat: bolnava vorbește neîncetat având un debit verbal și o fugă de idei impresionante, foarte adesea incoerentă și aspect de salată de cuvinte; majoritatea timpului toată vorbăria este cântată. Pe alocuri intervin scurte perioade de tristețe însoțite de lacrimi, fără nici o justificare logică. Mimica redusă. Des intervin idei delirante. Fenomenele maniacale au mai persistat și în convalescență multă vreme, însoțite uneori de fugi. După comunicări ulterioare, în ultimul timp ele au cedat mult.

La bolnava 23 am notat o stare depresivă mai pronunțată.

8. *Complicațiile* întâlnite au fost citate rând pe rând în expunerea de mai sus. Nu mai revenim.

9. *Mortalitatea generală* a fost de 12% (10 bolnavi). Iată cauzele morții la bolnavii respectivi:

Anica P., formă ataxo-adinamică: Ileana A., hemoragie intestinală; Elena Ș., hemoragii intestinale, miocardită; Gheorghe S., miocardită, congestie pulmonară; Ferdinand C., hemoragie intestinală și perforație; Marcu D., perforație intestinală; David G., insuficiență circulatorie acută; Florin L., peritonită tifică; Vasile B., congestie pulmonară stângă; Lidia N., perforație intestinală.

10. Toate cazurile au fost confirmate prin sero-reacția Widal, executată în Laboratorul Regional de Higienă din Bacău.

Ședința din 16 Decembrie 1943.

Dr. Gh. D. Costăchel, medic secundar: *Considerațiuni asupra unui caz cu tulburări de menopauză și stări maniaco-depresive tratat cu Perandren.*

Citind lucrarea Domnului Dr. L. Mavromati, „Încercări de tratament al tulburărilor de menopauză cu hormonă masculină”, publicat în revista de Obstetrică, Ginecologie și Puericultură, No. 1 din 1940, am administrat hormonă masculină (Perandren) la un număr de 15 femei cu tulburări de menopauză între 45—50 de ani ce s'au prezentat la consultațiile spitalului. Toate femeile au fost sub tratament și observație continuă a subsemnului, obținând rezultate rapide foarte încurajatoare.

Cazul de față însă ieșind din comun și găsindu-l mai interesant, l-am comunicat la Societate.

Dăm mai jos observațiunea clinică și tratamentul urmat.

Observațiune clinică. D-na M. S. văduvă pensionară în vârstă de 70 de ani, din comuna Pârincea, jud. Bacău, se internează în „Spitalul Pavel și Ana Cristea” Bacău, la Secția Medicală, pe ziua de 3 Noiembrie 1943, pentru stare de astenie, crampe în abdomen, dureri de cap cu amețeli, palpitații, valuri de căldură, senzație de nod în gât, văjeali, cu stări maniaco-depresive și halucinații.

Antecedente personale: a) *Fiziologice.* Născută spontan, alăptată la sân, primii pași la 11 luni, întârziată la un an. A fost menstruată pentru prima dată la vârsta de 16 ani, menstrele au fost regulate la 4 săptămâni, țineau 3—4 zile și erau fără dureri. S'a căsătorit la vârsta de 24 ani.

b) *Patologice.* Neagă orice maladie infecto-contagioasă acută sau cronică.

c) *Obstetricale.* Multipară (6), nașterile au fost normale.

d) *Ginecologice.* A avut un avort spontan în luna a II-a, în urma unui accident.

Antecedente heredo-colaterale. Mama a avut o menopauză zgomotoasă, la fel una din surori.

Istoricul menopauzei. La vârsta de 50 ani a început să aibă tulburări de menstruație care au durat doi ani, cu menstrele neregulate, ce s'au caracterizat în special prin boufeuri de căl-

dură în față și transpirații foarte abundente. Menstruația a încetat la 52 de ani pe data de 1 Martie. Dela această dată, timp de 8 ani, în fiecare an la aceeași dată avea epistaxis însă nu prea abundent. Acest lucru a durat 8 ani de zile, când a încetat de tot. În același timp avea boufeuri de căldură, dureri de cap, crampe în abdomen, senzație de nod în gât, amețeli și vâjăeli; era complet adinamică trebuind să stea la pat. Pe lângă aceasta, mai prezenta stări de amnezie și era dezorientată în spațiu. Aceste simptome durau 3—4 luni pe an, pentru care se trata și ameliora întrucâtva. Între 60—70 ani aceste simptome au fost amendate.

Istoricul maladiei actuale. În luna Iunie 1943, după moartea soțului, având un șoc puternic, toate simptomele anterioare au reapărut aidoma, dar într'un mod mult mai zgomotos, care pe zi ce a trecut, s'au accentuat mai mult, ceea ce a determinat pe rude s'o interneze în spital.

Starea prezentă. Examen general. Femece de constituție normală, cu țesutul osteo-muscular și celular subcutanat normal dezvoltat. Tegumentele și mucoasele palide. Este adinamică și afebrilă. La intrarea în spital, bolnava se plânge de o durere pe care o localizează în epigastriu, alteori în gât. Prezintă contracțiuni musculare destul de puternice, care la partea dreaptă a feței a produs chiar un rictus.

Examenul somatic. Aparatul respirator: nimic deosebit din punct de vedere clinic.

Aportul cardio-vascular. Tachicardie, puls 92 pe minut. Tensiune arterială Mx. 16½ Mn. 8½.

Aparatul digestiv. Limba normală, apetitul păstrat, seaune normale și regulate. Ficatul și splina în limite normale. Punctul colecistic dureros la presiune.

Aparatul urinar. Nimic deosebit.

Examenul sistemului nervos. Fizic: Reflexele, osteo-tendinoase puțin accentuate.

Sensibilitatea tactilă, termică și dureroasă păstrate. Nu prezintă inegalitate pupilară, reacționează la lumină.

Psihic. Halucinații, cu stări maniaco-depresive, când plânge, când râde fără motiv, stări de amnezie și senzații de frică când rămâne singură în cameră.

Examele de laborator: a) Uree în sânge, 0,37‰; b) Clorul în sânge, 5,85‰; c) Bordet-Wassermann în sânge, negativ; d) Bordet-Wassermann și Meinicke în L. C. R., negativ; e) Analiza totală de urină, nimic patologic.

Examenul radiologic. Colonul cu deplasările complet libere și nedureroase. Apendicele nu se umple. Durere la presiune în regiunea ovarului drept și în regiunea biliară.

Tratament. În primele 11 zile i s'a administrat polibromură, injecții de clor-amină, la nevoie injecții Amphotoni, injecții de urotropină și prafuri de luminal. Cu toate aceste calmante starea bolnavei nu s'a ameliorat cu nimic. De aceea acest tratament s'a suprimat complet. Timp de alte 11 zile cât a mai stat în spital s'a făcut numai injecții cu *Perandren*, ce este un propionat de testosteron al Casei Ciba. Primele 8 zile s'a făcut câte 0,005 mgr., iar ultimele 3 zile câte 0,010 mgr. Din ziua a 6-a de tratament exclusiv numai cu *Perandren* bolnava era aproape complet sănătoasă, adică 0,030 de *Perandren*. În ultimele 3 zile s'a mărit doza deoarece bolnava a văzut că se simte complet bine și voia să termine mai repede injecțiile, pentru a putea să plece acasă.

Discuțiunea cazului. Femecea a avut o viață genitală destul de prelungită, știind că în mod normal menopauza începe dela 45—48 ani, alteori și mai devreme.

Tulburările de menopauză au fost zgomotoase, producând

un dezechilibru vago-simpatic foarte pronunțat, cu stări de amnezie și dezorientare în spațiu, halucinații și stări maniaco-depresive.

Alteori perioada critică trece pe neobservate. Aceste tulburări ce s'au amendat, fie în urma tratamentului, fie spontan cu aceea stare de bine timp de 10 ani, probabil că în urma șocului nervos prea puternic (moartea soțului), au reapărut cu aceleași simptome, dar mult mai zgomotoase, cu stări de halucinație și fenomene maniaco-depresive. Se pune întrebarea dacă aceste simptome de menopauză se pot pune pe seama numai a unei deficiențe de foliculină sau și de hormonă masculină.

Se pare că ar fi vorba și de o menopauză de origine masculină, ce ar fi socotită ca cea de a doua menopauză. Rămâne ca cercetările ulterioare să clarifice și această chestiune.

Cu toată medicația ce i s'a administrat timp de 11 zile, crezându-se că ar fi cea adevărată și bună, nu s'a ajuns la nici un rezultat, însă după un tratament de alte 11 zile exclusiv numai cu *Perandren*, bolnava a plecat complet vindecată la data de 24 Noembrie 1943. Lucru este cert că hormona masculină are o mare importanță în tratamentul tulburărilor de menopauză ori cât de mare ar fi dezechilibrul neuro-vegetativ.

În anul 1936, Moquet și Moricard au comunicat la Societatea de Obstetrică și Ginecologie din Paris, un număr de 8 cazuri cu tulburări de menopauză spontană și provocată, tratate cu hormonă masculină sub formă de acetat de testosteron cu rezultate încurajatoare. De atunci s'au făcut o serie de publicațiuni atât în țările din Europa cât și din America, în mai multe afecțiuni ginecologice, cum ar fi de exemplu: metroragie, hipermenoree, mamele dureroase, tulburări de menopauză și adenomul chistic a lui Réclus. La noi în țară, dl. Dr. L. Mavromati a încercat acest tratament în tulburările de menopauză pe 12 cazuri. Astăzi este bine stabilit că menopauza este o tulburare endocrină-nevrovegetativă, datorită suprimării funcțiunei ovariene și repercursiunile acestei suprimări asupra aparatului endocrino-vegetativ.

Se pare că și hormona corpului galben să aibă un rol important în aceste tulburări; ea este însă o hormonă a gestației. În felul acesta se explică că s'au obținut slabe rezultate cu acest hormon în tulburările de menopauză.

Însă rămâne bine stabilit, că hormona foliculară este hormona sexuală prin excelență, ce menține echilibrul endocrinian în organismul femeii. Dezechilibrul endocrinian se realizează prin intermediul hipofizei care conduce toate glandele endocrine din organism.

După castrare hipofiza suferă o serie de modificări structurale dintre care cele mai caracteristice sunt așa zisele celule de castrare; ele sunt celule vacuolate și celule în inel de sigiliu (Schleindt, Severing Haus). Apariția acestor celule poate fi împiedecată, dacă după castrare se grefează ovarele sau testiculele la acel animal. De aceea s'a dovedit că hormona masculină are acțiune paralelă acestei glande importante ca și foliculina și că ea poate să corecteze deficiențele foliculinei în organismul feminin. Odată cu aceste modificări structurale hormona ipofizară gonadotropă este crescută în organism. Creșterea acestei hormone poate fi oprită prin hormona foliculară sau hormonă masculină.

Creșterea hormonei gonadotrope în organism poate determina o serie de tulburări de ordin direct, fie prin intermediul centrilor bazilari.

Tot pe acest considerent, se pot explica diferitele stări maniaco-depresive din timpul sarcinei și post-partum, deoarece această hormonă gonadotropă se află în exces în organismul femeii.

Revista Cărților

Boale de copii. Diagnosticul și tratamentul lor în practică, de prof. Dr. M. van Pfaund'er. Traducere în românește de docent Dr. A. Iancu, Editura H. Welther, Sibiu, 1945. Un volum cu XX și 716 pag.

Cartea în limba germană despre „Diagnosticul și tratamentul bolilor de copii” a profesorului Pfaundler este bine cunoscută și mult apreciată de către medicii practicieni și de către specialiștii în materie. Traducerea ei de către Dl. Docent Dr. A. Iancu constituie un fapt de laudat, întrucât se pune în acest fel la dispoziția medicilor practicieni o bună carte practică de diagnostic și terapeutică infantilă.

În partea întâia a lucrării se tratează despre semiologia, diagnosticul și tratamentul diferitelor boli infantile. Astfel în această parte sunt tratate următoarele capitole: Dezvoltarea normală a copilului, alimentarea normală a sugarului și a copiilor mai mari de un an, regimurile dietetice.

Bolile noului născut. Bolile constituționale și de nutriție: diateza exudativă și limfatismul, diabetul rabarat, obezitatea și adipozitatea, stările de denutriție și cașecție.

Avitaminozele: avitaminoza A, avitaminoza C, scorbutul infantil, avitaminoza D, rahitism.

Bolile sângelui și ale organelor hemato-poetice.

Bolile glandelor endocrine: gușa, boala lui Basedow, mixedemul, cretinismul, hiperplazia timusului, diabetul insipid, pubertatea precoce, sindrome ipofizare, patologia suprarenalelor.

Bolile aparatului cardio-vascular: insuficiența circulatorie, endocardita acută, anomaliiile congenitale și leziunile valvulare ale inimii, miocardita acută, pericardita acută, pericardita adesivă.

Bolile aparatului respirator, ale faringelui și ale urechii. Bolile aparatului digestiv. Bolile aparatului genito-urinar. Bolile sistemului nervos central și periferic. Bolile pielei. Bolile aparatului locomotor.

Bolile infecțioase: septicemia, infecția de focar, tetanusul, erizipelul, gripa, difteria, scarlatina, pojarul, rubeola, eritemul infecțios, variola, varicela, paratidita epidemică, tusea convulsivă, febra lipoidă și paratifoidă, dizenteria, reumatismul, sifilisul, tuberculoza.

Partea a doua a cărții se ocupă cu tehnica semiologică și terapeutică la copii: alimentarea cu sonda, anestezia locală, arteriotomia, băile, cataplasmele, clisme, cura de îngrășare, emisiunea sanguină, gimnastica respiratorie, helioterapia, injecțiile, inhalatia cu oxigen, intubatia după O'Droyer, narcoza, punctiile (intraventriculară, a măduvei osoase, pleurală, rahidiană): reacția la tuberculină, respirația artificială, spălăturile stomacale, transfuzia de sânge, etc.

Partea a treia a lucrării tratează despre arta de a formula în terapeutică infantilă dând și lista medicamentelor uzuale.

La sfârșitul lucrării se arată comportarea în cazul intoxicațiilor acute la copii: intoxicații cu sodă, cu acizi, cu carne, pește (botulism), cu ciuperci, prin mușcătură de șarpe, etc.

Cartea este scrisă într'un spirit eminent practic așa cum se prezintă faptele zilnice în fața medicului practician la patul bolnavului, deaceia ediția germană s'a bucurat de o primire foarte bună din partea publicului medical.

Desigur că de aceeași bună primire se va bucura și ediția în românește din partea publicului medical românesc, pentru că într'adevăr lucrarea este de mare utilitate pentru toți medicii practicieni, dar și medicul specialist o poate consulta cu folos în toate împrejurările.

Apoi cartea constituie un îndreptar foarte valoros pentru studenții în medicină, găsim în ea toate tehnicile și metodele de diagnostic și terapeutică din clinica infantilă.

Consultarea cărții este ușurată și de faptul că este scoasă în condiții tehnice excelente.

I. Gavrilă

Virusurile în etiologia și patogeniza bolilor de piele și venerice. Dermatoviroze—veneroviroze, de Dr. Emil Bologa (Brașov). Un volum de 158 pag. Sibiu, Tip. C. Rom. 1945.

După ce autorul a mai făcut o sinteză dermatologică de acest fel despre problema eredității în patologia cutanată, în lucrarea de față studiază virusurile filtrabile, cu referire în special la bolile de piele și venerice. Se demonstrează importanța etiologică deosebită a acestor germeni extrem de mici în producerea diferitelor dermatoze și boli venerice.

Lucrarea cuprinde o parte generală și una specială.

Partea generală se ocupă cu câteva considerațiuni generale asupra virusurilor filtrabile, comportarea biologică a virusurilor, clarificarea virusurilor și a virozelor, clasificarea dermatovirozilor și a venerovirozilor.

În a doua parte a lucrării se studiază diferitele dermatoze și boli venerice, în a căror etiologie este prezent sau probabil un virus filtrabil.

Astfel se studiază dermatovirozele locale hiperplazice: condilomele acuminat, moluscul contagios, verucele vulgare. Urmează studiul grupului herpetic: herpesul febril, herpesul veneric, herpesul zoster. Se studiază apoi manifestățiunile cutanate și mucoase în cursul febrei eruptive și exantematice de natură virozică: în scarlatină, rușeolă, rubeolă, variolă, vaccină, varicelă, tifosul exantematic, febrele exantematice, dengue febra aftoasă, papilomul laringian.

Se expun apoi pe scurt o serie de dermatoze de natură probabil virozică: dermatita herpetiformă, Dühring, eritemul infectos multiform, eritemul nodos, pemfigusul, psoriaza, etc.

Într'un ultim capitol se studiază venerovirozele: boala lui Nicolas-Favre și blenoragia negonococică.

Lucrarea de față se adresează în primul rând dermatovenerologului specialist, dar ea este de însemnată utilitate tuturor medicilor, în ea găsim expusă în rezumat problema bolilor prin virus (a virozelor), așa de actuală în zilele noastre.

I. Gavrilă

Cosma și Damian. Doctori fără arginți, de Dr. Nic. Ignă. VIII și 98 pagini, cu 30 figuri. Editura H. Welther, Sibiu, 1945.

Cu această publicațiune autorul este în continuarea lucrărilor Domniei Sale din domeniul istoriei medicinei.

În broșura de față se studiază medicina creștină, reprezentată prin cei doi sfinți: Cosma și Damian. Tradiția creștină îi onorează ca doctori fără arginți, cari au produs multe vindecări miraculoase și au devenit patronii medicilor din timpuri foarte vechi.

Cultul sfinților medici s'a răspândit și la noi în țară. Sfânta Mitropolie din București păstrează importante relicve dela acești doi miraculoși vindecători. Poporul român evocă pe acești doi sfinți, vindecători de boale, în numeroase proverbe.

Se descrie cele 48 minuni, săvârșite de acești sfinți doctori și cele cinci legende raportate la ele.

I. Gavrilă

Note și Informațiuni

Dl. Dr. Cupcea P. S. se numește secretar general al Ministerului Sănătății prin Decizia Ministerială Nr. 83.696/1945. (Mon. Of. Nr. 250/1945).

Dl. Dr. Tocilescu Alexandru, medic primar ftiziolog, se delegea secretar general al Ministerului Sănătății în locul D-lui Dri Răducu Cornel. (Mon. Of. Nr. 6/1946).

Dl. Prof. Dr. Ion Gavrila, titularul catedrei de boli contagioase dela Facultatea de Medicină din Cluj, care a funcționat la Spitalul Public, secția contagioase, revine la vechiul său post de medic primar director al Spitalului de contagioși din Cluj, acest spital funcționând pe lângă Clinica de boli contagioase a Facultății de Medicină. (Mon. Of. 10/1946).

S'a înființat un serviciu antirabic pe lângă Spitalul de Stat Turda. (Mon. Of. Nr. 18/1946).

Dl. Dr. A. Pușcariu, dela Clinica Medicală I Cluj, se numește provizoriu pe data de 15 Oct. 1945 în postul vacant de medic de consultații ftiziologice la Dispensarul studentesc Cluj. (Mon. Of. Nr. 236/1945).

Dl. Dr. Șt. Veseli, se numește provizoriu până la concurs pe data de 5 Nov. 1945, în postul vacant de medic secundar la Institutul și Azilul Antirabic din Cluj. (Mon. Of. Nr. 256/1945).

Dl. Dr. N. Maier, medic șef al Laboratorului de Igienă din Cluj, se delegea cu controlul tuturor laboratoarelor de igienă din cuprinsul Inspectoratului General Sanitar Cluj. (Mon. Of. Nr. 266/1945).

S'a instituit următorul consiliu profesoral provizoriu pentru Facultatea de Medicină a Universității de Vest din Timișoara, în vederea recrutării primului corp profesoral:

Decan, **Dl. Prof. C. Parhon**, dela Facultatea de Medicină din București.

Membrii: **D-ni. Prof. D. Combinescu**, **Gh. Băltăceanu**, **Amza Jianu**, **Gr. T. Popa**, dela Facultatea de Medicină din București; **D. Tupa**, **V. Rășcanu** dela Fac. de Med. Iași; **M. Kernbach**, **Gr. Benetato** și **C. Tătaru**, dela Fac. de Med. din Cluj.

Dl. Dr. I. Wagner, se numește medic secundar provizoriu până la concurs la Spitalul de Femei din Cluj. Mon. Of. Nr. 7/1946).

* * *

Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice, fondată în anul 1937 în Cluj, a apărut în cursul acestei luni cu următorul sumar:

Articole științifice:

Buzoianu G., Popovici G., Marchiș A.: Tehnică esofagoscopică pentru extragerea protezelor dentare cu cârlige recurente din esofag.

Vaida-Voevod A., Moldovan M.: Transfuzia de sânge conservat în septicemiile din domeniul oto-rino-laringologic.

Bodea E.: Considerațiuni asupra otitei latente a sugarilor. *Buletinul Societății Oto-Rino-Laringologice din Transilvania. Sedința din 30 Aprilie 1945:*

Popovici G., Săbăduș V.: Rezultat îndepărtat perfect după hemilaringectomie pentru cancer laringean (cu prezentare de bolnav și piesă operatorie).

Iubu M., Dumitraș P.: Paralizie recurentială unilaterală prin plagă de războiu.

Pop V., Popovici V.: Diplegie laringeană funcțională datând de trei luni la un soldat.

Albu N., Maior I., Șeptelici E.: Surditate funcțională de războiu.

Sedința din 24 Iunie 1945:

Buzoianu G., Popovici G., Bob G.: Trei cazuri noi de ozenă tratată prin luxația mediană a pereților endonasali externi.

Corcan P., Salomon E.: Contribuțiuni clinice la tratamentul adenoiditei acute prelungite, prin tușeul digital.

Iubu M., Cernescu M., Gyergyay A.: Ac de siguranță deschis cu localizare laringo-hipofarinfeană la un copil de trei ani. Extracție prin directoscopie.

Albu N., Pasăre G., Gurgu C.: Tuse rebelă și echivalente astmatice întreținute de o sinusită maxilară supurată.

Referate.

Viața Medicală: Dreptatea createoare. Curajul maturității. Din istoricul operator al Clinicii Oto-Rino-Laringologice din Cluj, de **B. Tărnăveanu**. — Sumarul numărului precedent.

Articolele științifice și comunicările Societății Oto-Rino-Laringologice din Transilvania sunt imprimate în limba engleză și franceză, cuprinzând rezumate în patru limbi: franceză, engleză, italiană și germană. Colaboratorii acestui număr sunt în număr de douăzeci și trei medici. — Revista se poate procura la librării sau la secretariatul Clinicii Oto-Rino-Laringologice din Cluj.

* * *

TABLOU

întocmit în ordinea clasificării de candidați reușiți la concursul de medici secundari de spitale.

I. Specialitatea: Medicină Internă și Boli Contagioase.

Dr. Ionescu Marin Anesia, **Dr. Dobrescu N. C-tin**, **Dr. Bobancu Petre**, **Dr. Galea I. Gheorghe**, **Dr. Jinga Nicolae**, **Dr. Bejan Virgil**, **Dr. Oprea Gheorghe**, **Dr. Graepel Claudiu**, **Dr. Bucur Dionisie**, **Dr. Radu V. Rațiu**, **Dr. Pop Oliver**, **Dr. Cucuruz Laurențiu**, **Dr. Anca Ioan**, **Dr. Teodorescu Aurelia**, **Dr. Higea Aurel**, **Dr. Frantescu Simion**, **Dr. Schelker Erich**, **Dr. Vaida Ștefan**, **Dr. Cibu Neda Aurelia**.

II. Specialitatea: Obstetrică și Ginecologie.

Dr. Mișcă N. Ștefan, **Dr. Chirică Ioan**, **Dr. Voisan Remus**, **Dr. Trifon George**, **Dr. Curmei Dionisie**, **Dr. Bob Vasile**, **Dr. Căpățină Emilian**, **Dr. Păunescu Valeriu**, **Dr. Ciura V. Eugen**, **Dr. Oprea Gheorghe**, **Dr. David Teodor**, **Dr. Beldean Andron**, **Dr. Giurgiu Constantin**, **Dr. Păltineanu Emil**, **Dr. Petrescu Vasile**, **Dr. Veseli Ștefan**, **Dr. Stavre Tașcu P. Alex.**, **Dr. Manguica Achim**, **Dr. Luttwak Edmund**, **Dr. Tereanu Eugenia**, **Dr. Baruch Naschitz Maria**, **Dr. Mendel Victor**, **Dr. Fischhof Ștefan**, **Dr. Vaida Ioan**, **Dr. Moldovan Tiberia**, **Dr. Grozda Coriolan**, **Dr. Fierăscu Maria**, **Dr. Németh Ervin**, **Dr. Pop Laurențiu** (retras în timpul concursului).

III. Specialitatea: Pediatrie și Puericultură.

Dr. Boroș Ioan, **Dr. Lescovar Emilia**, **Dr. Petrovici Petre**, **Dr. Capețianu Titus**, **Dr. Săbăduș Valeria**, **Dr. Horincaru Butuza Nic.**, **Dr. Neuländer Artur**, **Dr. Răduș Teodor**, **Dr. Zoran Toader Magdalena**, **Dr. Ștefănescu Viorica**, **Dr. Eremia Ardeleanu Livia**, **Dr. Cepeu Melania**.

IV. Specialitatea: Dermato-Venerologie.

Dr. Dâmboiu Vicenț, **Dr. Nistor Ioan**, **Dr. Rădulescu S.**, **Dr. Bulla Al.**, **Dr. Popovici Dan**.

V. Specialitatea: Oto-Rino-Laringologie.

Dr. Albu Nic., **Dr. Rossi Anton**, **Dr. Kileny Ladislau**.

VI. Specialitatea: Electro-Radiologie.

Dr. Călniceanu Vintilă, **Dr. Colev G. Alexe**.

* * *

Redacționale. Costul abonamentului pe anul 1946: pentru medici 25.000 lei, pentru studenți 12.000 lei, pentru autorități 50.000 lei. 60.000

Articolele cu observații clinice nu vor depăși 2 pagini de revistă, celelalte 3 pagini. Costul tiparului peste acest număr de pagini este suportat de autor.

Reorganizarea Asociațiilor profesionale medicale

Problema reorganizării corpului medical a devenit astăzi chestiunea cea mai arzătoare.

Se pare, însă, că majoritatea medicilor începe să înțeleagă spiritul de libertate și democrație al noilor vremi și să-și dea seama că așa cum au fost până acum asociațiile noastre profesionale nu reprezentau interesele marelui masă anonime a medicilor, ci mai mult interese politice limitate la câțiva interesați.

Ideea sindicală — pentru care Apusul a dat lupte decenii întregi — este astăzi la baza reorganizării corpului medical. „Unul pentru toți și toți pentru unul“, nu-i numai o maximă, ci o realitate.

Nu intră în intenția noastră a arăta lacunele Colegiului medicilor, înființat în 1930, care a activat mai mult ca organ oficial al Ministerului Sănătății pentru controlul practicii medicale, decât ca un organ care să apere interesele profesionale ale medicilor.

Deși în atribuțiile Colegiului medical era prevăzut ca revendicările medicilor să fie formulate și prezentate forurilor în drept, practic n'am văzut nicicând ca o justă revendicare medicală să fie susținută de Colegiu. Lucru de altfel explicabil, căci Colegiul emanație quasi-oficială a Ministerului, nu era să sprijine doleanțele medicilor contra actelor arbitrare ale Oficialității.

Vechea Asociație generală a medicilor, condusă de medici cu înalte situații profesionale, a rămas mai mult să se ocupe cu chestiuni de prestigiu medical, iar prin Decretul-lege din Iulie 1940 a fost contopită cu Colegiul medicilor.

În această situație era fatal ca și la noi curentul de sindicalizare să prindă din ce în ce rădăcini mai puternice în rândurile lumii medicale, așa încât la data de 2 Noembrie 1932 s'a constituit la București un Sindicat al medicilor.

Prin organul său „Tribuna Medicală“, s'au pus în discuție o serie întreagă de probleme și revendicări medicale.

Regimul de dictatură dela noi nu putea privi cu ochi buni ideea sindicală așa că boicotat și amenințat din toate părțile, Sindicatul medicilor a avut o activitate tot mai stânjenită, ca în cele din urmă să fie silit să renunțe la orice activitate.

Astăzi însă, climatul politic e cu totul schimbat; astăzi sindicatul nu mai apare ca o organizație revoluționară ce tinde să răstoarne așezări și mentalități burgheze, ci apare ca ceea ce este și trebuie să fie „o simplă asociație profesională“ menită să apere interesele morale și materiale ale membrilor ei.

Credem că nu mai e nevoie să arătăm că sindicalizarea — o formă a solidarității umane — e singura și cea mai bună organizare, care fiind în pas cu vremurile noi, ne va duce la realizarea tuturor revendicărilor.

Știm că astăzi din cauza frământărilor politice, intelectualitatea românească și odată cu ea și lumea medicală, în marea ei majoritate, stă într-o atitudine de rezervă, de expectativă, ca să nu zicem de indiferență. Cau-

zele sunt multiple. Nici în trecut intelectualitatea noastră n'a luat o parte prea activă la viața politică a țării.

Pentru că a face politică la noi, se confunda cu folosirea tuturor mijloacelor morale sau nu, de a te căpătuți sau a căpătuți clientela politică.

Dar rezultatele acestei abțineri, au fost, după cum știm cu toții, dezastruoase pentru țară. Politica țării, încăpută pe mâini venale sau nepregătite, a dus la situația pe care astăzi o simțim cu toții.

Indiferența oamenilor de știință, a celor bine pregătiți, față de interesele obștești, astăzi nu mai e permisă, dacă vrem să ieșim din marasmul economic și moral în care ne sbatem.

În sectorul nostru, aceste cauze au contribuit ca situația sanitară a țării și viața medicilor să lase atâta de dorit din toate punctele de vedere. La o populație de 16.000.000 locuitori, avem peste 8000 de medici, deci un medic la mai puțin de 2000 de locuitori și totuși noi suntem țara unde asistența medicală la sate e aproape inexistentă în foarte multe regiuni.

Iraționala repartitie a personalului și materialului sanitar a făcut ca să fim țara cu cea mai mare mortalitate infantilă, unde tuberculoza, sifilisul, pelagra și alcoolismul, bat recorduri mondiale.

Și aceasta pentru că regimul politicianist a creat instituții sanitare inutile, concentrând fără rost în anumite centre urbane medici și material sanitar (în București peste 4000 de medici!), în timp ce în mediul rural milioane de români sunt lipsiți de cel mai elementar ajutor sanitar. Pentru că la noi s'au creat posturi pentru persoane și nu pentru necesități sociale.

Iată ce e chemat să facă sindicatul sanitar; să dea o nouă organizare sanitară țării. Acest organism de luptă și de apărare a intereselor profesionale medicale, va avea să-și spună cuvântul hotărâtor în problemele de organizare sanitară, va dirija și va controla toată viața profesională (numiri, înaintări, concentrări, concursuri, etc.).

Trecutul nu prea îndepărtat ne-a arătat ce rezultate dezastruoase pentru noi și țară, obținem dacă conducerea unei organizații încapă pe mâini interesate sau nepricepute.

Dacă vrem să scăpăm cu un ceas mai de vreme de anarkia sanitară în care ne sbatem, datori suntem cu toții să punem umărul la munca de reconstrucție a țării, în esctorul ce ne revine.

Reformele temeinice și juste nu se pot face fără colaborarea tuturor și mai ales a celor cari prin probitatea, pregătirea și experiența lor profesională, sunt cei mai chemați să pună piatra fundamentală a noului edificiu sanitar român.

Prin prezența și prin munca tuturor vom putea face din Sindicatul sanitar Cluj, un model de „Asociație profesională“, pusă în slujba țării în primul rând și apoi a intereselor și demnității profesionale medicale.

Dr. V. Vasilescu

BELLAFIT

Antispasmodic energic, conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina de belladonna

FIOLE
SOLUȚIE
TABLETE

Excitantul tonusului fibrelor musculare netede

GLANDUITRIN

Extract din lobul posterior de hipofiza

Acțiune electivă asupra mușculaturii uterine

Remediu suveran în obstetrică

FIOLE

IN ANEMIE

PERHEPAR

FIOLE 2 cc.
SOLUȚIE
TABLETE



FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
FOSTA

„GEDEON RICHTER“ s. a. r.

BUCUREȘTI V., STRADA LOGOFĂTUL TĂUT 99. Telefon 5 69.03

Of Reg. Com. Buc. Nr. 482/1937 Soc.

PRODUSE NAPOCHEMIA „UFAROM“

NEOTONIL

MODUL DE ADMINISTRARE:

Injectii intramusculare:

O serie cuprinde 15—30 injectii.

Ambalaj:

Cutii cu 5, 10, 100 fiole a 1 cmc.

În Neotonil sunt intrunite toate efectele ale extractului de ficat, mucoasei stomacale (prin principii activi antianemici) și ai serului neurotonic (arsen, fosfor și strichină), influențând în mod vizibil atât asupra tabloului sangvin, cât și la înviorarea țesuturilor organice. Neotonilul este indicat în toate anemiile de diverse origini și forme, în cazurile de astenie, stări dispeptice, hipotonii, în reconvalescență, limfatism, rachitism, etc.

C E V A L

Vitamina C

injectii 10/1 cmc 0.05

„ 5/2 cmc 0.10

„ 3/5 cmc 0.50

Acid ascorbic chimic pur, cu vastă întrebuințare în toate domeniile medicinei practice, atât în cazurile acute cât și cronice.

În scorbut, diateză hemoragică, boli infecțioase (febră tifoidă, pneumonie, tuberculoză, difterie, scarlatină), maladii septice, ulcer gastric și duodenal, colită, afecțiuni dentare și ale mucoasei bucale, toxicoza gravidelor, în perioada de lactație, morbul lui Basedow, astenie etc.

HEPACIT

Extract de ficat și de mucoasă stomacală

injectii 6 fiole à 2 cmc

„ 3 „ à 5 cmc

Este foarte activ, având o tolerabilitate perfectă, fiind unul din preparatele cele mai bine desalbuminate.

Ameliorează rapid starea generală.

Indicat în anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase, anemii secundare.

Protejează celula hepatică.

DILATIN

Cutii cu 5 fiole à 1 cmc

conținând 10 U. Vag.

Flacoane de 10 cmc, conținând 10 picături pe cmc cu 15 U. Vag.

Este un „hormon circulator”, produs în pancreas, numit de Frey și Krant, „Kalikreină”.

Indicat în angină pectorală, hipertensiune arterială, artero-scleroză, maladia lui Raynaud, arterită obliterantă, tulburări endocrine, menopauză, scleroză cerebrală cu amețeli etc.

Esantioane medicale și literatură:

FABRICA DE PRODUSE CHIMICO-FARMACEUTICE
NAPOCHEMIA fost „UFAROM“ CLUJ
Str. Săcuiașcă Nr. 5